

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

นางเทียนทอง ทาระบุตร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 Graduate School.

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดย

นางเทียนทอง หาระบุตร

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยอนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวิชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ฦ วิเชียร)

เขียนทอง หาระบุตร : ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของ  
 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (SELECTED FACTORS RELATED TO RESILIENCE  
 QUOTIENT OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS IN COMMUNITY)  
 อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ 123 หน้า.

การวิจัยเชิงบรรยายมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1)ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย  
 จิตเภทในชุมชนและ 2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน  
 โดยมีตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล  
 ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแล  
 ผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม กับ พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่ม  
 ตัวอย่างได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 168 คน จากโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต  
 รวม 4 แห่ง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบ  
 ประเมินความเครียด แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแล  
 ผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ซึ่ง  
 ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา  
 ครอนบาคมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .88, .87, .76 , .96 และ .84 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์  
 ข้อมูลประกอบด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาความสัมพันธ์โดยใช้  
 สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน(r)และการทดสอบไคสแควร์( $\chi^2$ ) โดยกำหนดระดับ  
 นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาพบว่า

- 1.ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 57.80 และค่า  
 เบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 7.38 ระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7
- 2.อายุ ระยะเวลาในการดูแล ประเภทของโรค การเห็นคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์  
 ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
- 3.ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่  
 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05
- 4.ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วย  
 จิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 5 .ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยจิตเภท ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับ  
 พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกัน

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ทยมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2555

ทยมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

##S2785: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVER /STRESS/SELF- ESTEEM /KNOWLEDGE/SOCIAL SUPPORT/RESILIENCE QUOTIENT.

TIEANTHONG HARABUTRA: SELECTED FACTORS RELATED TO RESILIENCE QUOTIENT OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS' CAREGIVERS IN COMMUNITY. ADVISOR: DANGDOMYOUTH PENNAPA, Ph. D., 123 pp.

The purposes of this descriptive research were to study 1) The level of Resilience Quotient of schizophrenic patients' caregivers in community, and 2) relationships between the factors related to Resilience Quotient of schizophrenic patients' caregivers in the community and their relationships among age, stress, self-esteem, knowledge, and social support. The subjects were 168 schizophrenic patients' caregivers who followed up in the Out Patients department of four Psychiatric hospitals and were selected by purposive sampling method. The research instruments consisted of the personal data record, stress test, self-esteem scale, knowledge scale, social support scale, and resilience quotient test. The instruments were tested for content validity by 5 professional experts. Cronbach's alpha coefficient of the scale were .88, .87, .76, .96, and .84 respectively. Data were analyzed by using Percentage, Mean, Standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation( $r$ ) and Chi-Square( $\chi^2$ ), Statistical significance level was at .05.

Major results of this study were as follows:

1. The level of Resilience Quotient of schizophrenic patients' caregivers in community had mean equal 57.80 and standard deviation equal 7.38 and normal level equal 60.7.
2. Age, duration of caring, self-esteem were positively correlated to resilience quotient of schizophrenic patients' caregivers in community at level of .05.
3. The level of stress was negatively correlated to resilience quotient of schizophrenic patients' caregivers in community at level of .05.
4. Knowledge and Social support were not correlated to resilience quotient of schizophrenic patients' caregivers in community.
5. Kind of diseases, relationship between caregivers and schizophrenic patients were not difference.

Field of Study : PSYCHIATRIC NURSING Student's Signature .....

Academic Year : .....2012..... Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนฉบับนี้ได้รับความกรุณาจากคณาจารย์หลายท่านที่กรุณาให้ประสบการณ์ความรู้ ให้ข้อเสนอแนะมาเป็นลำดับจนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการศึกษาที่ดำเนินการมาอย่างเป็นขั้นตอน ถึงแม้จะมีปัญหาอุปสรรคใดๆ ก็สามารถใช้เวลาอดทน และคล่องตัวไปด้วยดี สิ่งที่จะขอกราบพระคุณคณาจารย์ที่มีความกรุณาอันยิ่งใหญ่ พร้อมทั้ง อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมฤทธิ์ ที่กรุณาเป็นอาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ บุญลือวิชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และพร้อมด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศจีมาจ ฌ วิเชียร จากมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้ง คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้และให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

นอกจากนี้ยังมีผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านจากหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่ มหาวิทยาลัย ปทุมธานี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีษะเกษ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ 5 ท่าน คือนายแพทย์ บุญชัย นวมงคลวัฒนา อาจารย์รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราเลิศ ที่กรุณาหลายๆด้าน อาจารย์ชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ อาจารย์สกวรัตน์ พวงลัดดา และอาจารย์เจนจิรา เกียรติสินทรัพย์ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและสามารถนำไปทดลองใช้ที่กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี นอกจากนี้ที่ลืมไม่ได้ที่ขอขอบคุณเพื่อนๆและผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่ช่วยให้งานวิทยานิพนธ์สู่ความสำเร็จ

สิ่งที่จะกล่าวขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 นายแพทย์วิเชียร ดีเป็นธรรม ที่กรุณาอำนวยความสะดวกทุกๆด้านในด้านการศึกษาตลอดหลักสูตรพร้อมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช และผู้เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลที่กรุณาอำนวยความสะดวก และให้ข้อมูลที่จะนำมาใช้ประโยชน์ต่อไป ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลศรีษะเกษ และขอขอบพระคุณบิดา มารดา สามิ และบุตรที่ให้กำลังใจสนับสนุน เอื้อประโยชน์ตลอดระยะเวลาการศึกษาจนสำเร็จลุล่วง

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่ 1 บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
สมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	12
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	63
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	80
รายการอ้างอิง.....	91
ภาคผนวก.....	
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	106
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	107

บทที่	หน้า
ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย.....	114
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย.....	119
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	120

## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล.....	46
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย.....	67
3	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท .....	70
4	ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพลังสุขภาพจิตรายด้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	71
5	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	74
6	ข้อมูลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	75
7	ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	77
8	ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของโรค และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.....	78



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชในปีงบประมาณ 2554 มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ 89,388 ราย เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช 89,388 ราย มีผู้มาใช้บริการต่อวัน 4,456 ราย และพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท อันดับ 1 ร้อยละ 36.05 (กรมสุขภาพจิต, 2554) จากนโยบายของกรมสุขภาพจิตให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุด (Deinstitutionalization) ทำให้ระยะเวลาการพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทสั้นลงเหลือเพียง 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ อดุมรัตน์ และคณะ, 2552) การรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเน้นให้การรักษาเฉพาะภาวะวิกฤติเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลงจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (สมคิด ตีรารักษ์, 2545; กรมสุขภาพจิต, 2547) แต่พบว่าถึงแม้ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทางจิตทุเลาลงก็ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป มีปัญหาในการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Kane & Marder, 1993; Bae et al., 2010) เนื่องจากความเสื่อมทางด้านการงานและความเสื่อมของสติปัญญาของผู้ป่วย การขาดการยอมรับจากสังคม และจากความเร็วรังของอาการ (Anderson et al., 1986) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีอาการผิดปกติหลงเหลืออยู่ เช่น ะอะอะอาละวาด แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545; Bae et al., 2010) ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการช่วยเหลือดูแลจากอาการที่ไม่สามารถคาดเดาได้ขณะที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ที่บ้าน (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544; จิราพร รักการ, 2549; Asen, 2002; ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543; โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551)

การทำให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในสังคม ครอบครัว ได้อย่างมีคุณค่าต่อตนเองและครอบครัว ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การส่งเสริมผู้ดูแลให้มีความสามารถในการจัดการกับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ผลกระทบจากการดูแลของผู้ดูแลแบ่งเป็นด้านต่างๆ ได้ดังนี้ ด้านร่างกาย การมีเวลาพักผ่อนน้อย มีความเหน็ดเหนื่อย อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ (Basel et al., 2010) ด้านบทบาทหน้าที่ที่เกิดความสับสนในบทบาทหน้าที่เพราะต้องเรียนรู้บทบาทใหม่และปรับบทบาทให้เหมาะสม เพื่อทำหน้าที่ของผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ การที่ผู้ดูแลรับบทบาทหลายๆ อย่างพร้อมกันทำให้ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และปรับเปลี่ยนการดำรงชีวิตในด้านต่างๆ เช่น หน้าที่การงาน การกิจในสังคมและ

ภารกิจส่วนตัวส่งผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Goldenberg et al., 2004) ด้านสังคมต้องแยกตัวออกจากสังคมเนื่องจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยเป็นที่รังเกียจของสังคม (Yanos et al., 2008) ด้านเศรษฐกิจจากค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วย เพราะการที่ผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังต้องใช้ในการรักษาที่ยาวนาน (Rafiyah et al., 2011) ด้านจิตใจเกิดความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย กลัวถูกผู้ป่วยทำร้าย หงุดหงิด โกรธ (Zanales, 2011) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Hamell et al. (2011) ที่ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดสูงจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจโดยด้านจิตใจทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และด้านร่างกายพบว่า ผู้ดูแลป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคระบบหลอดเลือดหัวใจและสอดคล้องกับการวิจัยของ Reinhard & Horwitz (1994) ที่ศึกษาผลของการอยู่กับผู้ป่วยทางจิต พบว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยครอบคลุมทั้งด้านความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์และจิตใจ การรักษา การปรับตัวและการช่วยเหลือตนเอง

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่าการต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการคาดเดาไม่ได้ นั้น ต้องใช้เวลาดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องยาวนานซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องมีพลังสุขภาพจิตที่จะช่วยทำให้เกิดความเข้มแข็งทางจิตใจ ทางอารมณ์สำหรับการเป็นผู้ดูแลให้สามารถคงไว้ซึ่งความมั่นคงภายในจิตใจขณะให้การดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติ และอารมณ์ไม่แน่นอน (กรมสุขภาพจิต, 2552) พลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สามารถสร้างและพัฒนาให้เกิดขึ้นมาได้โดยการให้ความช่วยเหลือโดยตรงที่ตัวของบุคคลนั้นรวมทั้งการจัดการสิ่งแวดล้อมต่างๆ ให้เกื้อหนุนต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดความสามารถดังกล่าวอันเป็นศักยภาพที่สามารถนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตได้ตลอดไป (กรมสุขภาพจิต, 2549; ตันติมา ค้วงโยธา, 2553) พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถทางจิตใจที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เป็นความเข้มแข็งทางใจที่จะช่วยขับเคลื่อนให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ สามารถต่อสู้ด้วยหัวใจที่เข้มแข็งเพื่อก้าวไปสู่สภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการเผชิญหน้าและเปลี่ยนสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ดีมีความสามารถในการพัฒนาวิธีลดความตึงเครียด ดังนั้น พลังสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นนี้จะช่วยย้่าบุคคล ผ่านพ้นปัญหาอุปสรรคและดำเนินชีวิตต่อไปได้ (Levy, 2003 อ้างใน ตันติมา ค้วงโยธา, 2553; Siebert, 2007; สมดี อนันต์ปฏิเวช, วิชาเพ็งเสงี่ยมและจันทร์เพ็ญ อัครสถิตานนท์, 2554)

พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) มีการเรียกชื่อแตกต่างกันไป เช่น ความยืดหยุ่น ความยืดหยุ่น ความเข้มแข็งทางใจ ความสามารถในการฟื้นพลัง ความยืดหยุ่นทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งคำทั้งหมดที่กล่าวมา หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวและฟื้นตัวกลับมาดำเนินชีวิตตามปกติได้ภายหลังที่พบเหตุรุนแรง หรือความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตบุคคลจะมีความอดทนและพยายามที่จะหาทางออกเมื่อเจอปัญหา (Davis, 1999; กรมสุขภาพจิต, 2549; สมดี อนันต์ปฏิเวช, วิภา เฟิงเสงี่ยม และจันทร์เพ็ญ อัครสถิตานนท์, 2554) พลังสุขภาพจิตประกอบด้วยความสามารถของบุคคล 3 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ 2. ด้านกำลังใจ 3. ด้านการจัดการกับปัญหา(กรมสุขภาพจิต, 2549) การต้องดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือการดูแลผู้ป่วยที่อาการคาดเดาไม่ได้ เช่น ผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถผ่านภาวะของการดูแลที่เป็นความยุ่งยากใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากผู้ดูแลต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ความเครียดเป็นระยะเวลานานจะเกิดผลเสียกับผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และจากการจัดการกับปัญหาไม่เหมาะสมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลลดลง(Heru, 2011; กรมสุขภาพจิต , 2549) จากข้อมูลดังกล่าวการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีปัญหาการดูแลในด้านต่างๆจึงมีการศึกษาเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตที่เป็นความสามารถช่วยให้บุคคลทนทานต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงที่ยุงยากในระดับสูงสามารถทนรับการเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอนของบุคคล (Siebert, 2007; Davis, 1999; ดันติมา ด้วงโยธา, 2553) พลังสุขภาพจิตทั้งสามด้านนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของบุคคลที่สามารถสร้างขึ้นได้ เป็นเหมือนพลังชีวิตที่ทำให้บุคคลสามารถเอาชนะอุปสรรคที่ตนเองเผชิญอยู่ สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ตลอดจนมีการเรียนรู้จากเหตุการณ์นั้นๆมาพัฒนาเป็นพลังสุขภาพจิตที่จำเป็นอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมั่นใจมากขึ้นและมีการแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้ดียิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคลของผู้ดูแล เช่น บุคลิกภาพ ความเครียด และกลวิธีจัดการกับความเครียด (Maslach, 1986) เนื่องจากการต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และไม่สามารถเผชิญกับความเครียดได้ (Cherniss, 1980) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วยประกอบด้วยระยะเวลาในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคม พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิตเนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญ

ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้กลวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antonovsky, 1979; Lazarus & Folkman, 1984 Takviriyun et al, 2007) โดยจะช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อความเครียดต่างๆ ได้ดี (Cohen & Wills, 1985) นอกจากนี้ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิต คือ ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยเพราะการที่ต้องดูแลผู้ป่วยที่มีลักษณะความรุนแรงของโรค ชนิดและอาการแสดงที่แตกต่างกันทำให้ผู้ดูแลรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและขาดพลังใจในการดูแล ซึ่งลักษณะอาการของโรคทางจิตจะส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดและการเอาชนะภาวะวิกฤติของบุคคลที่แตกต่างกัน (Buadz et al., 2010; ต้นติมา ดั่งโยธา, 2553) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ผู้ป่วยยอมรับผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา พี่ น้อง สามิ ภรรยา และบุตร ด้วยความรู้สึกรักและความคิดเห็นที่มีต่อผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้ความร่วมมือในการให้การดูแลแตกต่างกัน (Thompson, 1999; Dangdomyouth, 2006; เสาวลักษณ์ โปธา, 2549)

การที่ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตส่งผลให้มีความรู้สึกที่ดีเกี่ยวกับตนเอง มีความเข้มแข็งสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่องในการดูแลเพราะมีความรู้สึกภาคภูมิใจ มีความมั่นคงทางจิตใจ มีความพร้อมในการดูแลและสามารถให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วย (Gunnestad, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมแสดงให้เห็นว่าพลังสุขภาพจิตสามารถพัฒนาให้เพิ่มขึ้นได้ (Kumpfer, 1999) โดยจะทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการกลับสู่สภาพปกติและดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิมหลังจากที่ประสบกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจศึกษาระดับของพลังสุขภาพจิตและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องในบริบทของสังคมไทยเพื่อนำผลที่ได้ไปวางแผนให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแล ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นคงทางกายและจิตใจส่งผลให้มีความพร้อมที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีความสุข

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

## แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

พลังสุขภาพจิตเป็นลักษณะของความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นความทนทานของจิตใจที่ยอมรับสภาพการเปลี่ยนแปลงที่ยุ้งยากในระดับสูง ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการกับการเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอนที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยทางจิตได้ (Davis,1999; กรมสุขภาพจิต, 2549) จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย ดังนี้

**อายุ** ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตในการรู้คิดและความสามารถทางกาย ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีพลังและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้เหมาะสมและอดทนต่อปัญหาที่มารุมเร้าจากการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าเพราะประสบการณ์จะช่วยให้ผู้ดูแลที่มีอายุมากสามารถนำประสบการณ์มาประยุกต์ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Scott,2010) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของตันติมา ค้วงโยธา(2553)ที่ทำการศึกษาลงพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง40-60 ปี และ 60 ปี ขึ้นไป มีการแก้ไขปัญหาและปรับตัวในการดูแลได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Polk (1997) ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีพลังสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยและจากการศึกษาของแก้วตา มีศรี(2554) ที่ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และอายุมีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัว ความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลอื่น เป็นความสามารถด้านการรู้คิดที่เป็นองค์ประกอบหนึ่งของพลังสุขภาพจิต(Davis,1999)

**ระยะเวลาในการดูแล** เป็นข้อมูลที่แสดงถึงพลังสุขภาพจิตที่แตกต่างกันเพราะระยะเวลาการดูแลที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้และปรับตัวให้สามารถผ่านพ้นช่วงที่เป็นช่วงยากลำบากในการดูแล มีการเรียนรู้จนเกิดเป็นประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยของตนเองได้ (Davis,1999) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของแก้วตา มีศรี (2554) ที่ศึกษาความสามารถของผู้ดูแลพบว่าระยะเวลาที่ยาวนานในการดูแลผู้ป่วยจะช่วยเพิ่มพูนประสบการณ์ในการดูแล และช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับบทบาทในการดูแลที่เกิดจากการรู้คิดและเป็นความชำนาญในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแล (Orem, 2001) ระยะเวลาในการดูแลที่แตกต่างกันจะส่งผลให้พลังสุขภาพจิตต่างกัน

**ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย** โรคทางจิตเวชที่พบในผู้ป่วยมากที่สุดคือโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต,2554) ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทจะมีอาการ

เรื้อรัง รักษาไม่หายขาด โอกาสป่วยซ้ำสูงทำให้มีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพและศักยภาพ ลดลง มีอาการหลงคิด ประสาทหลอน วุ่นวายคลุ้มคลั่ง (อภิชัย มงคลและคณะ, 2546; สมภพ เรื่องตระกูล, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดันติมา คังโยธา (2553) ที่พบว่าลักษณะอาการของโรคทางจิตจะส่งผลต่อความสามารถในการเผชิญความเครียดและการเอาชนะภาวะวิกฤติของบุคคลที่แตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงเช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หลงคิดจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีความยากลำบากและความยุ่งยากใจมากกว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยประเภทอื่นๆ

**ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล** ผู้ป่วยยอมรับผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา พี่ น้อง สามิ ภรรยา และบุตร ด้วยความรู้สึกและความคิดเห็นที่มีต่อผู้ดูแลแตกต่างกัน ทั้งที่เป็นการยอมรับจริงและยอมรับโดยภาวะจำยอมซึ่งผลของการยอมรับที่แตกต่างกันมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและการที่ผู้ป่วยปฏิบัติต่อผู้ดูแลแตกต่างกัน (Thompson, 1999; Dangdomyouth, 2006; เสาวลักษณ์ โปธา, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของวารางรัตน์ ทะมังกกลาง (2545) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่ไม่ดีพอจะเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยใจ เป็นทุกข์ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและขาดพลังใจในการดูแล เช่น เพิกเฉย ไม่สนใจ หนีห่าง และไม่รับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย

**ระดับความเครียด** ความเครียดที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลมีตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง ระดับสูง และระดับรุนแรง ซึ่งความเครียดในแต่ละระดับส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน หากระดับความเครียดในแต่ละระดับสูง และเป็นระดับที่ไม่สามารถปรับตัวให้ลดความเครียดลงได้ในเวลาอันสั้นจะถือว่าอยู่ในภาวะอันตราย หากไม่ได้รับการบรรเทาจะนำไปสู่ความเครียดเรื้อรัง (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ, 2540) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zauszniewski, Bekhet & Suresy (2011) ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีความป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรง ร้อยละ 6 ต้องอดทนต่อความเครียดมาก มีภาระสูง คุณภาพของชีวิตลดลง และทำให้เสียการทำงานของครอบครัวแต่ก็ยังมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถสร้างพลังพลังสุขภาพจิตที่สามารถเอาชนะตนเองเพื่อดูแลเรื่องสุขภาพกายและใจที่ทนต่อความเครียด

**การเห็นคุณค่าในตนเอง** การที่ผู้ดูแลมีภาพพจน์ที่ดีต่อตัวเอง มองตนเองในแง่บวก มีความรับผิดชอบต่อการกระทำของตัวเอง มีความซื่อสัตย์ มีความภูมิใจในผลสำเร็จของงาน มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ มีความมุ่งมั่นที่จะแก้ปัญหาและรับผิดชอบปัญหาที่จะเกิดขึ้นเป็นคนที่คนอื่นรักและรักคนอื่น การเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลให้มีความสามารถที่จะคิดแก้ปัญหาเชื่อมั่นในความคิด และความสามารถของตัวเองสามารถเลือกวิธีการตัดสินใจที่ถูกต้อง

(Babladelis, 1984 อ้างใน ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีกุล, 2545) การเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นความ คิดเห็นจะเป็นด้านบวกมากขึ้น ทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่น กล้าที่จะเผชิญความเป็นจริง มี กำลังใจ กำลังความคิดที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ได้ดีส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตเพิ่มมากขึ้น

**ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีจะต้องมีความรู้ที่ เกี่ยวกับการดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Steinhardt & Dolbier (2008) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้มีความมั่นใจในการดูแล ซึ่งส่งผลต่อ พลังสุขภาพจิตและพบว่าผู้ดูแลที่ได้รับความรู้เพิ่มขึ้นจากเดิมจะมีวิธีแก้ไขปัญหาที่มี ประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับ Davis (1999) ที่กล่าวว่าความสามารถด้านการรู้คิดเป็น องค์ประกอบหนึ่งของพลังสุขภาพจิตเพราะการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจถึงขั้นตอนในการ จัดการกับปัญหาการดูแล มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ดีจะช่วยให้มีพลังสุขภาพจิตที่ดี นอกจากนี้ Grotberg (1995) และ Gunnestad (2006) ได้กล่าวว่าความสามารถใช้ความรู้ในการ ดูแลผู้ป่วยอย่างสร้างสรรค์ทำให้มีพลังสุขภาพจิตเพื่อใช้ในการปรับตัวทำให้ชีวิตมีความสุข มี สุขภาพที่ดี มีสังคมที่ดีขึ้นและสามารถให้กำลังใจตนเอง

**การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล** การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าจะได้รับความ ช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนด้านข้อมูล ด้านสิ่งของจากคนในครอบครัวและในชุมชนจะทำให้มี กำลังใจ มีความรู้สึกที่ดี จากการศึกษาของ รัชฎาพร ธรรมน้อย (2548) พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมส่วนใหญ่คือเพื่อน และครอบครัว ซึ่งสนับสนุนด้านการให้ความรัก ความหวังใฝ่ อารมณ์ การให้ความเคารพซึ่งกันและกัน การปรองดองเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความเชื่อทาง ศาสนา การสนับสนุนจากบุคลากรของโรงพยาบาล การสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเหล่านี้ช่วยให้ผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตและมีแหล่งที่ สามารถให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Davis, 1999)

### สมมติฐานทางการวิจัย

1. ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับปกติ
2. อายุ ระยะเวลาในการดูแล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน

3. ระดับความเครียด มีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่แตกต่างกันมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ต่างกัน

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน(ICD-10) ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างคือ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปมีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลศรีบุญญา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลสวนปรุง ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าจ้างหรือค่าตอบแทนใดๆ

### ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พลังสุขภาพจิต** หมายถึง ความสามารถทางจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เป็นพลังทางจิตใจที่จะช่วยขับเคลื่อนให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ มีความเข้มแข็งเพื่อก้าวไปสู่สภาพชีวิตที่ดีขึ้น



สามารถทนรับการเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอนของผู้ป่วย (Siebert, 2007; Davis, 1999; กรมสุขภาพจิต, 2549) ประกอบด้วยความสามารถของบุคคล 3 ด้านต่อไปนี้คือ

1. ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ คือ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ไม่ให้อ่อนไหวง่ายยอตนภายใต้ความกดดันได้ โดยไม่เสียสุขภาพจิตและผ่านพ้นสถานการณ์ได้

2. ด้านกำลังใจ คือ จิตใจที่มีความมุ่งมั่น ไม่ท้อถอย มีพลังที่จะเอาชนะปัญหาอุปสรรคหรือฝ่าฟันไปสู่ความสำเร็จ

3. ด้านการจัดการกับปัญหา คือ ความพยายามในการแก้ไขปัญหาโดยคิดหาเหตุผลในการแก้ไขปัญหาหาข้อมูล หาสาเหตุของปัญหา รับฟังความคิดเห็นของคนอื่น หาทางออกที่ดีที่สุด แล้วประเมินผลว่าวิธีการที่ใช้ได้ผลดีหรือไม่ โดยพลังสุขภาพจิตสามารถประเมินได้จากแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต(2549)

**อายุ** หมายถึง จำนวนเต็มเป็นปีของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับตั้งแต่ปีที่เกิดจนถึงปีที่ผู้วิจัยทำการศึกษาประเมินได้จากข้อมูลส่วนบุคคล

**ระยะเวลาในการดูแล** หมายถึง จำนวนเป็นเดือนและเป็นปีที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งนับตั้งแต่เริ่มให้การดูแลจนถึงขณะที่ผู้วิจัยทำการศึกษาประเมินได้จากข้อมูลส่วนบุคคล

**ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล** ลักษณะของความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งอาจเป็นในทางสายเลือด เช่น บิดา มารดา พี่ น้องและบุตร เป็นต้น หรือความเกี่ยวข้องกันทางกฎหมายเช่นสามีและภรรยาประเมินได้จากข้อมูลส่วนบุคคล

**ระดับความเครียด** หมายถึง ระดับของปฏิกิริยาตอบสนองทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อความกดดันจากสถานการณ์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ กังวลว่าจะทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ รู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ หรือถูกคุกคามจากผู้ป่วย รู้สึกไม่ปลอดภัย เสี่ยงต่ออันตราย นอกจากนี้ยังมีสถานการณ์กดดันที่เป็นเหตุของความเครียด เช่น งาน ครอบครัว การเงิน สังคม จนทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียความสมดุลทางอารมณ์ไปและแสดงอาการของความเครียดออกมา ประเมินได้จากแบบวัดความเครียดโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต ที่พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ (2540)

**การเห็นคุณค่าในตนเอง** หมายถึง ความรู้สึกและทัศนคติที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีต่อตนเองเกี่ยวกับการยอมรับนับถือตนเอง ความภาคภูมิใจในตนเองความเชื่อมั่นในตนเอง การมีอำนาจ มีความสำคัญ มีคุณค่าที่ดี มีความสามารถในการกระทำสิ่งต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตลอดจนได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นประเมินได้จากแบบประเมินการเห็น

คุณค่าในตนเอง ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ (Rosenberg,1979)พัฒนาโดย รูปนีย์ ตั้งจิตภักดีกุล (2545)

**ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ความเข้าใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับข้อเท็จจริง วิธีการดูแลการจัดการปัญหาด้านพฤติกรรม การดูแลกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลเรื่องการรับประทานยา ซึ่งได้มาจากแหล่งความรู้ต่างๆ ของผู้ดูแลแต่ละคนสามารถวัดได้จากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดย สุภาภรณ์ ทองคารา (2545)

**ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย** หมายถึง ลักษณะอาการที่สมาคมแพทยอเมริกัน (ICD- 10) กำหนดไว้ในการวินิจฉัยโรค ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันสุขภาพจิต (2536)กำหนดลักษณะอาการของโรคจิตเภททั่วไป คือ ความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ เป็นหลักร่วมกับอารมณ์แบบไม่เหมาะสม(Inappropriate)หรือเฉยเมย (Blunted)ความสามารถทางสติปัญญาและสติสัมปชัญญะยังคงอยู่เป็นปกติ แต่ความเสื่อมทางพุทธิปัญญา (Cognitive)คงจะมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็น โรคจิตพยาธิสภาพที่สำคัญกลุ่มของผู้ป่วยจิตเภทรวม 9 ชนิด ได้แก่ F20.0 -20.9 ซึ่งลักษณะอาการของโรคที่พบบ่อยและสำคัญที่สุดในกลุ่มนี้มีลักษณะอาการหลายอย่างคล้ายคลึงกับ schizophrenia เป็นไปได้ว่า อาจมีความสัมพันธ์ทางพันธุกรรม แต่อาการประสาทหลอนหลงผิด และพฤติกรรมปกติที่เห็นได้ชัดในโรคจิตประเภทนั้นๆไม่พบใน Schizotypal disorder โรคจิตคิดหลงผิด ส่วนใหญ่มักไม่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท แม้จะแยกจากกันยากทางคลินิก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระยะต้นของโรค โรคจิตคิดหลงผิดนี้ ไม่เป็นที่เข้าใจกันชัดเจนนัก จึงต้องแบ่งเป็นกลุ่ม โรคจิตคิดหลงผิด และกลุ่มโรคจิตชนิดเฉียบพลัน ซึ่งเกิดเพียงชั่วคราว กลุ่มหลังนี้พบบ่อยในประเทศที่กำลังพัฒนา

**การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล** หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ว่าได้ได้รับความช่วยเหลือประคับประคองและสนับสนุนจากบุคคลในเครือข่ายทางสังคมในระบบต่างๆ ได้แก่ การสนับสนุนจากครอบครัว จากเพื่อน จากบุคคลที่เกี่ยวข้อง การสนับสนุนจากบุคลากรของโรงพยาบาล การสนับสนุนจากกลุ่มช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยความช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับ ประกอบด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) ที่พัฒนาโดย อุบลรัตน์ สิงห์เสนี (2552)

**ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยและมีหน้าที่โดยตรงในการให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่อยู่ที่บ้านหรือในชุมชนของตนเป็นระยะเวลา มากกว่า 6 เดือนขึ้นไป มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตรและญาติ

เป็นต้นหรือมีความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยาซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทน หรือสิ่งของใดๆจากการดูแล

**ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน** หมายถึง ผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิตและได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน (ICD- 10) ที่มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอก

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. สามารถนำไปพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่มีระดับพลังสุขภาพจิตในระดับต่ำ ให้สามารถตระหนักรู้ และเท่าทันถึงพลังสุขภาพจิตที่มีอยู่ในตนเองพร้อมสามารถที่จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. สามารถนำไปพัฒนารูปแบบการพยาบาลในการให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆต่อไป

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย กับผู้ดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยมีการศึกษาดำรง เอกสารและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

#### 1. โรคจิตเภทและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

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

#### 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของผู้ดูแล
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
- 2.4 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 3. พลังสุขภาพจิต

- 3.1. ความหมายของพลังสุขภาพจิต
- 3.2 องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต
- 3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแล
- 3.4 การประเมินพลังสุขภาพจิต

#### 4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1.โรคจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภท(Schizophrenia) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก แปลว่า จิตใจที่แตกแยก ถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ.1939 จนถึงปัจจุบัน (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมชย์ สุกนิษฐ์,2552) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุด ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต,2554)

**1.1 ความหมาย** องค์การอนามัยโลก(WHO, 1992) ซึ่งใช้ชื่อย่อว่า ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem 10th Revision) ได้ให้ความหมาย ของผู้ป่วยจิตเภท ว่าเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านบุคลิกภาพ ด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะ แต่ความสามารถด้านเชาวน์ปัญญา มักคืออยู่และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือนโดยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติด ที่จะเป็สาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2554) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท หรือ Schizophreniaไว้ว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม Sadock & Sadock (2003) ได้กล่าวว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด โดยมีทั้งลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) และเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ อาการ ของโรคจิตเภทจึงมีผลต่อการรับรู้พฤติกรรมทางสังคมและการทำหน้าที่

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และความรู้สึก และมีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่นแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป ความผิดปกติในด้านอารมณ์การรับรู้ ส่งผลต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพ

**1.2 สาเหตุ** ปัจจุบันยังไม่สามารถอธิบายสาเหตุของโรคจิตเภทที่ชัดเจนแน่นอนได้ เนื่องจากปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ส่วนใหญ่นักวิชาการจะอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพ ความเครียด และการได้รับยา (British Columbia communities of Delta,2006; Schizophrenia Society of Canada, 2007)ไว้ดังนี้

**ปัจจัยด้านชีวภาพ** ประกอบด้วยสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) มีหลักฐานที่ว่าความผิดปกติทางจิตใจเกิดจากการทำงานที่ผิดปกติหรือเกิดภาวะบกพร่องของสารสื่อประสาทในสมอง

**กรรมพันธุ์ (Genetics)** บุคคลที่มีญาติใกล้ชิดมีความผิดปกติทางจิตมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีโรคจิต (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2552) ความผิดปกติทางด้านการคิดที่พบได้บ่อย เช่น คิดว่าตนเองสามารถควบคุมล่วงรู้ความคิดของคนอื่นได้ หรืออาจคิดว่าตนเองถูกควบคุมความคิดโดยผู้อื่น ความผิดปกติทางด้านการรับรู้ เช่น ประสาทหลอน (Hallucination) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนมาพูดคุยกับตนเอง หรือพูดคุยถึงตนเองในทางที่ไม่ดี วิพากษ์วิจารณ์ หรือ พูดถึงสิ่งที่น่ากลัวขณะที่ไม่มีผู้อื่นได้ยินเสียงนั้น หรืออาจจะมองเห็นภาพขณะที่ผู้อื่นมองไม่เห็น และการรับรู้บิดเบือนจากความเป็นจริง (Distorted perception) แบ่งเป็น

1. กลุ่มอาการทางลบ จะพบผู้ป่วยมีภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติบางอย่างหายไปลักษณะที่พบ มีดังนี้

1.1 หน้าตาเฉยเมย หรือ การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีความลำบากในการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งจะเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคมรอบข้าง

1.2 ขาดพลังและแรงบันดาลใจในการทำสิ่งใหม่ๆ ผู้ป่วยไม่สามารถเริ่มทำกิจกรรมต่างๆ ได้ หรือทำสิ่งต่างๆ อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จลงได้ ในรายที่มีอาการรุนแรงมาก อาจต้องเตือนหรือบอกให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมง่ายๆ เช่น อาบน้ำ หรือเปลี่ยนเสื้อผ้า เป็นต้น

1.3 มีความรู้สึกหดหู่ใจหรือไม่แสดงการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัว

1.4 พูดน้อยเนื้อหาในการสนทนามีน้อย เมื่อมีคนถามผู้ป่วยจะใช้เวลานานกว่าจะตอบ

2. กลุ่มอาการที่แสดงถึงพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน และสับสน

2.1 ความคิดสับสน (Confused Thinking) ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านการคิด หรือการทำความเข้าใจตนเอง รวมถึงการทำความเข้าใจในสิ่งที่คนอื่นพูด ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสนทนากับคนอื่นได้อย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถวางแผนในอนาคต และไม่สามารถแก้ไขปัญหาค้าง ๆ

2.2 แสดงพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (Disorganized behavior) ผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติที่เคยเป็น ไม่สมเหตุสมผล แสดงท่าทางซ้ำๆ บางครั้งความผิดปกติสามารถเป็นเหตุให้ผู้ป่วยหยุดพูด หรือหยุดการเคลื่อนไหว หรือ อยู่ในท่าเดียวในระยะเวลาานาน

### 1.3 อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วยเป็นแบบ Schizotypal คือ มีบุคลิกภาพค่อนข้างเงียบ เก็บกด มีเพื่อนน้อย ช่างฝัน เก็บตัว หวาดระแวง และไม่ค่อยสมาคมกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ในระยะแรกๆอาการของความเจ็บป่วยจะพัฒนาไปอย่างช้าๆค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นโดยการแยกตัวก่อนหรือบางรายจะมีอาการอย่างเฉียบพลัน จากการตรวจสภาพจิตจะพบความผิดปกติทาง การแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ดังนี้ มีความผิดปกติทางอารมณ์มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ในขณะนั้น และแบบเฉยเมยไม่แสดงความรู้สึก ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว เช่น เอะอะโวยวายไม่อยู่นิ่ง ซึม เฉย ไม่พูด อยู่ทำอะไรทำหนึ่งเป็นเวลานาน ทำอะไรซ้ำๆ เริ่มจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมพูด พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ พูดไม่ตรงประเด็น และใช้ภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ ความผิดปกติทางความคิด คือ มีความคิดผิดปกติในรูปแบบความคิด ขาดการเชื่อมโยงเหตุผล โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994; Johnson, 1993)

1.3.1 อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms/ Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ มีความผิดปกติของความคิด ทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยมีอาการแสดงที่เด่นชัด คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาตัมสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็วและมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

1.3.2 อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms/ Type II syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ท่าเดียว นานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะด้านการแสดงออกทางอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยชา (Blunt or Flattening) ขาดความกระตือรือร้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ แต่ก็มีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) ดังนี้

1.3.2.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน บอกลยากว่าผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบมักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพการเรียน หรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป

ไม่เหมือนคนเดิม ระยะนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยเครียดจัดหรือช่วงที่ผู้ป่วยตีมนุสาอย่างมาก อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติในบางคนอาจจะไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน แต่พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

1.3.2.2 ระยะเวลาการกำเริบ (Active phase) คือ มีอาการชัดเจน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ประติดประต่อกันหรือพูดไม่รู้เรื่องและมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตเห็นและพามาพบแพทย์ในระยะนี้เป็นส่วนมาก อาการที่พบบ่อยมีดังนี้ อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนกำลังถูกผู้อื่นปองร้าย มีความคิดแปลกประหลาดอาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมยไร้อารมณ์

1.3.2.3 ระยะเวลาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ เช่น ประสาทหลอนหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลกระทบต่อผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเหมือนในช่วงแรกส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรมเกี่ยวกับการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพทางสังคม

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความคิดผิดปกติในด้านการบกพร่อง ทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม การแสดงออกในลักษณะต่างๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

#### 1.4 การดำเนินโรค

ได้อธิบายถึงการดำเนินโรคของโรคจิตเภท(มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์,2552; British Columbia communities of Delta, 2006)ไว้ดังนี้

ระยะเริ่มแรก หรือ ระยะที่มีอาการบอเหตุล่วงหน้าว่าจะเป็นโรคจิต (Prodromal Phase) ในระยะก่อนที่จะเริ่มป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปมักพบมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือ ด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานค่อยลงแยกตัวเองจากสังคม ละเลยเรื่องสุขอนามัย หรือการแต่งกาย ฯลฯ อาการเหล่านี้สามารถพบได้ทั้งในผู้ที่เริ่มมีความผิดปกติทางจิต หรือเป็นพฤติกรรมปกติในช่วงวัยรุ่น



**ระยะที่มีอาการกำเริบ (Active phase)** ผู้ป่วยทุกรายจะมีความผิดปกติปรากฏอย่างชัดเจน อาการรุนแรง ตลอดเวลาและต่อเนื่องจนทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตตามวิถีปกติได้ ซึ่งลักษณะอาการความผิดปกติส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มอาการทางบวก นอกจากนี้อาการในระยะเฉียบพลันยังพบปัญหาความผิดปกติอื่นๆ ร่วมด้วย และมีปัญหาในการทำหน้าที่ต่างๆ หรือมีปัญหาการนอน

**ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase)** ในระยะนี้อาการทางจิตที่พบในระยะเฉียบพลันจะลดน้อยลง ผู้ป่วยจะเริ่มอาการดีขึ้นแต่อาการบางอย่าง เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังคงหลงเหลืออยู่ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ส่วนใหญ่เนื่องมาจากผู้ป่วยไม่สามารถทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ ผู้ป่วยจะมีความเชื่อมั่นในตนเองลดลง และมีปัญหาทางสังคม

### 1.5 การรักษา

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทปฏิบัติโดยทีมด้านจิตเวชมีหลายรูปแบบ โดยทั่วไปคือการรักษาด้วยยาในขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสม(Gale Encyclopedia of Medicine, 2002) ซึ่งสามารถอธิบายถึงวิธีการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดังนี้

#### 1.5.1 การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะปฏิบัติในกรณี ดังนี้

1.5.1.1 ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

1.5.1.2 มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยาอย่างรุนแรง

1.5.1.3 ควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา

1.5.1.4 มีปัญหาในการวินิจฉัยระยะเวลาการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์ ทั้งนี้เพื่อช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว (มานิช หล่อตระกูล; และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2552)

1.5.2 การรักษาด้วยยา ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่าและสะดวกกว่าวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ยังสามารถลดจำนวนครั้งและระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาด้านจิตใจ แต่เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาด้วยยาจึงมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันไป ( มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช ,2542) เช่น

1.5.2.1 การใช้ยารักษาโรคจิตเพื่อป้องกันการกลับซ้ำควรรักษาในผู้ป่วยทุกราย

1.5.2.2 การรักษาแบบป้องกันควรกระทำนานอย่างน้อย 1-2 ปี ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการเป็นครั้งแรก และอย่างน้อย 5 ปี สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่า หรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป

1.5.2.3 ผู้รักษาสามารถลดขนาดยาลงได้จนถึงขนาดยาที่น้อยที่สุด

1.5.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy) เน้นการรักษาที่จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยจะใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วย (ชูทิตซ์ ปานปรีชา, 2536 )

1.5.4 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial treatment) กรณีนี้ มานิตย์ ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง คิชฌณิข (2542) อธิบายว่า เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต ทำให้ผู้ป่วยมีการเสื่อมเสียในด้านการงานและการเข้าสังคมอย่างมาก และปัญหานี้ก็มักคงอยู่ แม้ว่าอาการโรคจิตจะลดลงแล้ว ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคจิต เพราะการรักษามีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยา ประกอบด้วย

1.5.4.1 Inpatient milieu treatment การรักษานี้ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์จริงเพื่อให้สามารถกลับไปอาศัยอยู่ในชุมชนของตนเองได้ การรักษานี้จะนำเทคนิค“token economy” มาใช้เพื่อเสริมให้ผู้ป่วยคงสภาพพฤติกรรมที่ดีและเลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

1.5.4.2 Partial hospitalization (day treatment)เป็นการรักษาที่สามารถจัดให้กับผู้ป่วยนอก (Outpatients) โดยจัดให้ผู้ป่วยมีการเข้าสังคม (socialization) การฝึกวิชาชีพ (vocational training)การทำสุขภาพจิตศึกษา (psycho-education)

1.5.4.3 จิตบำบัด (Psychotherapy) การทำจิตบำบัดมีประโยชน์ช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้ได้มากที่สุด

1.5.4.4 ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) ปัจจุบันเน้นการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตของสมาชิกในครอบครัว

1.5.4.5 การฝึกความชำนาญในการเข้าสังคมการรักษานี้เน้นที่การเพิ่มทักษะในการคบหาผู้อื่น การให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมต่างๆ ก่อนที่จะนำไปใช้ในชีวิตจริง การใช้แรงเสริมชนิดบวก เพื่อให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมที่เหมาะสม และการใช้แรงเสริมชนิดลบ

## 1.6 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้กำหนดลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจากสมาคมแพทยอเมริกัน (ICD 10) เพื่อวินิจฉัยโรค ซึ่งได้แปลเป็นภาษาไทยโดยสถาบันสุขภาพจิต (2536) กำหนดลักษณะอาการของโรคจิตเภททั่วไป คือ ความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นหลักร่วมกับอารมณ์แบบไม่เหมาะสม (Inappropriate) หรือเฉยเมย (Blunted) ความสามารถทางสติปัญญา สติสัมปชัญญะยังคงอยู่เป็นปกติ และมีความเสื่อมทางพุทธิปัญญา (Cognitive) คงจะมากขึ้นตามระยะเวลาที่เป็น โรคจิตพยาธิสภาพที่สำคัญลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย

### 1. Paranoid Schizophrenia (F20.0)

จิตเภทชนิดหวาดระแวง เป็นจิตเภทที่พบได้มากที่สุดเกือบทุกส่วนของโลกอาการทางคลินิกที่เด่นๆ ก็คืออาการหลงผิด ซึ่งมักเป็นชนิดหวาดระแวงอย่างคงที่ โดยปกติจะมีอาการประสาทหลอนร่วมด้วย โดยเฉพาะอาการหูแว่ว และพบความแปรปรวนของการรับรู้ สำหรับความคิดผิดปกติทางอารมณ์ ความตั้งใจ (Volition) กำพุดและอาการ การเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (Catatonia) ไม่ใช่อาการสำคัญ

### 2. Hebephrenic Schizophrenia (F20.1)

เป็นโรคจิตเภทชนิดหนึ่งที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์เป็นอาการเด่น อาการหลงผิดประสาทหลอนจะเป็นช่วงสั้นๆ และมีลักษณะแตกกระจายพฤติกรรมคาดการณไม่ได้และขาดความรับผิดชอบ และพบ mannerisms (อาการทำท่าทางซ้ำๆ) ใต้อย อารมณ์มีลักษณะตื้นๆ (Shallow) และแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยหัวเราะกึกกักหรือยิ้มให้กับตนเอง หรือท่าทางหยิ่งทำหน้าตาบูดเบี้ยว mannerisms ทำตลก บ่นว่าตนเองมีโรคใดโรคหนึ่งอยู่และพูดลึซ่าๆ สำหรับความคิดของผู้ป่วยมีลักษณะไม่เป็นระบบ (disorganized) และพูดจาไม่ต่อเนื่องทำให้ฟังไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะแยกตัวตามลำพัง และพฤติกรรมดูเหมือนจะไร้จุดหมาย และความรู้สึกรู้สึกจิตเภทชนิดนี้เริ่มแสดงอาการครั้งแรกระหว่างอายุ 15-25 ปี การพยากรณ์โรคไม่ดีเพราะอาการ negative symptoms เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอาการไม่แสดงอารมณ์และความตั้งใจ นอกจากนี้พบว่าความแปรปรวนทางอารมณ์และความตั้งใจ และความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น อาจพบอาการประสาทหลอนและหลงผิดแต่ไม่ใช่อาการเด่น แรงขับของจิตใจและความคิดตกลงใจแน่นอนจะหายไป และไม่มีเป้าหมาย ดังนั้นพฤติกรรมของผู้ป่วยจึงดูไร้จุดหมายและไม่มีวัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีแนวคิดตื้นๆ เกี่ยวกับศาสนา ปรัชญา และแนวคิดนามธรรมอื่นๆ ทำให้ผู้ฟังติดตามเรื่องราวได้ลำบาก

### 3. Catatonic schizophrenia (F20.2)

อาการเด่น คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายและจิตใจ (Psychomotor) ผิดปกติ อาจมีการเคลื่อนไหวมาก (hyperkinesias) สลับกับอาการซึมเคลื่อนไหวน้อย (Stupor) หรืออาการเคลื่อนไหวตามคำบอก (automatic obedience) สลับกับอาการคือไม่ทำตาม (negativism) อาการเด่นของกลุ่มนี้ได้แก่

3.1 ไม่เคลื่อนไหวทางกาย

3.2 มีการเคลื่อนไหวทางกายมาก และอย่างไม่มีจุดหมายและไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลของสิ่งเร้าภายนอกร่างกาย

3.3 Negativism อย่างรุนแรง

3.4 เคลื่อนไหวแบบประหลาดพิกล เช่น อยู่ในท่าประหลาดไม่เหมาะสม

3.5 Echolalia หรือ Echopaxia

### 4. Undifferentiated schizophrenia (F20.3)

เป็นสภาวะเข้าได้กับเกณฑ์ทั่วไป สำหรับการวินิจฉัยโรคจิตเภท แต่อาการไม่เข้ากับจิตเภทชนิดย่อยในรหัส F20.0 – F 20.2 หรือมีอาการของชนิดย่อยเหล่านั้นมากกว่า 1 อย่าง แต่อาการไม่เด่นพอที่จะวินิจฉัยเป็นชนิดย่อยชนิดใดชนิดหนึ่ง

### 5. Post-schizophrenic depression (F20.4)

เป็นสภาวะซึมเศร้าซึ่งอาจจะเป็นนาน และเกิดตามหลังโรคจิตเภท อาการของโรคจิตเภทบางอย่างต้องคงอยู่แต่ไม่เด่น อาการเหล่านี้อาจเป็นแบบ positive หรือ negative ก็ได้แต่แบบหลังพบได้มากกว่า

### 6. Residual schizophrenia (F 20.5)

เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะเรื้อรัง มีการดำเนินโรคตั้งแต่ระยะต้น (คือมีอาการของโรคจิตเภทตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป) ถึงระยะท้ายอย่างชัดเจนลักษณะของโรคจิตเภทชนิดนี้ คือ มีอาการ negative symptoms อย่างยาวนาน

### 7. Simple schizophrenia

เป็นโรคที่พบได้ไม่บ่อย อาการค่อยเป็นค่อยไปแต่ดำเนินไปเรื่อยๆ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด ไม่สามารถทำตามสิ่งที่สังคมต้องการและความสามารถทั้งหมดเสื่อมลงไป อาการหลงผิดและประสาทหลอนไม่ชัดเจนอาการโรคจิตไม่ชัดเจนเหมือนจิตเภทชนิดอื่น จะเกิดขึ้นโดยที่ไม่มีอาการโรคจิตที่ชัดเจนนำมาก่อน ความบกพร่องของสังคม

ที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จะตามมาด้วยอาการเรื้อรัง ผู้ป่วยสนใจแต่เรื่องราวของตนเอง เกียจคร้านและไร้จุดหมาย

#### 8. Other schizophrenia(F20.8)

Cenesthopathic schizophrenia Schizophreneiform:

-Disorder NOS

-Attack NOS

- Psychoses NOS

Excludes :Brief Schizophreneiform disorder(F23.2)

#### 9. Schizophrenia , unspecified (F20.9)

ในปัจจุบันที่มุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าการรักษาอยู่ในโรงพยาบาล (พิเศษฐ์ อุดมรัตน์ และคณะ, 2552) การรักษาตัวในโรงพยาบาลจึงเน้นให้การรักษาเฉพาะภาวะวิกฤติเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตดูแลจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (สมคิด ตริราภิ, 2545;กรมสุขภาพจิต, 2547) จึงส่งผลให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น โดยที่ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติบางอย่างหลงเหลืออยู่ ก่อให้เกิดปัญหาที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชนตามมา (Buckwalter, 1991; Cunningham, 2007) พบว่าหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชนี ศรีธีรัถย์, 2544) ผู้ป่วยบางรายมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีการป่วยซ้ำ ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย, 2549) ดังปัญหาที่พบ เช่น

1) ปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ เอะอะอาละวาด แสดงอาการโกรธหรือเกลียดรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) ยืมหัวเราะคนเดียว หวาดกลัว หวาดระแวง ซึมเศร้า เดินไปเดินมา กลางคืนไม่นอน (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547; สมพร รุ่งเรืองกลกิจและคณะ, 2547) ไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างใน สถิต วงศ์สุรประกิต, 2542)

2) ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาพบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบและป่วยซ้ำ คือ ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเมื่ออาการดีขึ้นหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; มารศรี ปาณีวัตร, 2548) และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมรับประทานยาตามแพทย์สั่งถึงร้อยละ 60 (Velligan & Weiden, 2006 อ้างใน Cunningham, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ปฏิบัติตาม

คำแนะนำ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด มีการปรับขนาดยาโดยปรับเพิ่มหรือปรับลดยาเอง ไข้ยา  
ในเวลาที่ไม่เหมาะสมหรือมีการใช้ยาผิดวิธี (เพชร คันธสายบัว, 2548)

3) ปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยมีการแยกตัวไม่มีความ  
เชื่อมั่น ในตัวเอง ไม่กล้าพูดคุย ครอบครัวยังมองว่าผู้ป่วยมีอาการอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมี  
สัมพันธภาพ เฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเท่านั้น (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547) และจากการศึกษา  
ของ จิตรัตน์ พิมพ์ดีด (2541) พบว่า ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนอยู่ในระดับ  
ไม่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมี  
ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในระดับปานกลาง นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยไม่กล้าเข้าร่วมกิจกรรม  
ในชุมชน บางส่วนเกิดความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว ญาติบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย และ  
อยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีตราบาปมากที่สุดในบรรดาโรคจิต  
(สุพัฒนา สุขสว่างและศิริลักษณ์ สว่างวงษ์สิน, 2548) ทำให้รู้สึกทรมานต้องปิดบังการ  
เจ็บป่วยไว้ (เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลีอนุชวิชัยและชนกพร จิตปัญญา, 2547)

4) ปัญหาด้านการประกอบอาชีพและรายได้ จากการศึกษาของ  
จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ประจำ  
และจากการศึกษาของ จิตรัตน์ พิมพ์ดีด (2541) พบว่า ผู้ป่วยทำงานได้ตามปกติแต่  
ความสามารถและความอดทนต่องานเริ่มเปลี่ยนไป เมื่ออาการทางจิตกำเริบผู้ป่วยจะทำงาน  
ไม่ได้เช่นเดิม ไม่มีสมาธิในการทำงาน และเกียจคร้าน

5) ปัญหาการขาดการดูแลและเอาใจใส่ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทกลับไปดำเนิน  
ชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้านมักพบปัญหาการไม่ได้รับความสนใจและเอาใจใส่จากญาติ ผู้ป่วย  
ต้องอยู่ตามลำพัง ผู้ป่วยถูกปล่อยไว้ในบ้านคนเดียว ไม่มีผู้ดูแลและให้ยา (วาสนา ปานดอก,  
2545; มารศรี ปาณีวัตร, 2548; อรพรรณ ลีอนุชวิชัย, 2549) หรือบางรายอาจถูกญาติกัก  
บริเวณหรือล่อลวงขังไว้ (ไพรวลัย รมชัยและคณะ, 2544; สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542)

6) ปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ พบว่า ผู้ป่วยเกิดความเครียดจากการ  
เจ็บป่วยของตนเอง เครียดจากการไม่มีงานทำหรือไม่มีรายได้และเครียดเนื่องจากความขัดแย้ง  
ในครอบครัว มีความคับข้องใจกับครอบครัวมีการทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย  
(มารศรี ปาณีวัตร, 2548)

สรุปได้ว่า ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้าน  
ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น Paranoid schizophrenia  
ร้อยละ 1 ของประชากรทั่วโลก (ธีระ ลีลำนันทกิจ, 2550) ผลการสำรวจด้านระบาดวิทยา  
สุขภาพจิตของประเทศไทยเมื่อปี 2546 พบความชุกของโรคจิตเภทถึงร้อยละ 0.59

(มานิต ศรีสุรภานนท์ และคณะ, 2547) โดยไม่พบความผิดปกติโรคทางกาย เมื่อผู้ป่วยจิตเภท ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมักพบปัญหาด้านพฤติกรรม บางรายไม่มีญาติดูแลหรือญาติ ไม่สนใจที่จะดูแล ถูกปล่อยไว้คนเดียว เกิดความเครียดเนื่องจากความเจ็บป่วยของตนเอง จาก ปัญหาครอบครัว จากการไม่มีงานทำขาดรายได้ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องกลับเข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาล

### 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีภาวะสุขภาพ ที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาท หน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่จากการ รักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนนอกจากการรักษาด้วยยาแล้วยังต้องมีการดูแลทางจิต สังคมร่วมด้วย ซึ่งผู้ดูแลและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการ ปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน และมีความสำคัญที่ จะเชื่อมโยงการดูแล

รักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรง รูปแบบการดูแลซึ่งต้อง ครอบคลุมและครบทั้ง 4 มิติ (ศิริวรรณ พอบุญ, 2548; ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ได้ให้แนวคิด เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ดังนี้

1.7.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว (Psychoeducation) การ ดูแลแบบนี้ เชื่อว่าสภาพครอบครัวทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต เน้นการบำบัดรักษาจาก บุคลากรในโรงพยาบาล เช่น การบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายครอบครัว บทบาทที่ สำคัญของพยาบาลจิตเวชในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วย จึงเน้นไปที่การสอน ครอบครัว และผู้ป่วยให้มีความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย อาการทางจิต การรักษา และการให้ คำแนะนำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ สอนครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพ การแก้ปัญหาและกระบวนการตัดสินใจ โดยคำแนะนำที่ให้จะเป็น คำแนะนำที่ครอบคลุมความต้องการการดูแลของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เช่น

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือ ตนเองให้มากที่สุดจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์

พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจในการทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ (ดร.ณิ คชพรหม, 2543 อ้างใน สมคิด ตรีราภิ, 2545)

1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บให้ผู้ป่วย

2) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ให้รับประทานอาหารที่ ย่อยง่าย รับประทานผัก ผลไม้เพื่อช่วยในระบบขับถ่าย

3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดคอยกระตุ้น เตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา หรือจัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานในบางราย

4) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้านเพื่อ เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการงานแม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนเลี้ยงตัวได้ แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ เป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้อยู่ที่ งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ ในผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าแยกตัว เมื่อให้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วย หันเหความสนใจไปอยู่ที่งานได้

5) การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในด้าน การแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ดูแลต้องแนะนำให้ผู้ป่วย ปฏิบัติ

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพ ผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นรบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกัน หลายวันผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย สม่ำเสมอ หรือ ให้ช่วยทำงานบ้าน จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น

8) การฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองเนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเภทจะขาดทักษะทางสังคม เช่น การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง เป็นต้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วย เรียนรู้แนวทางแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและ บุคคลอื่น



10) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตรรวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมถูกต้องเหมาะสม

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การดูแลด้านจิตใจที่ผู้ดูแลต้องกระทำคือ พยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงมากที่สุด การปลอมโยนให้กำลังใจไม่ตำหนิ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐ เพื่อขอความช่วยเหลือ

4. การให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ผู้ป่วย

1.7.2 แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัว (Family Burden Approach) แนวคิดเกี่ยวกับภาระของครอบครัว เป็นแนวคิดที่ได้รับความสนใจมากในปัจจุบัน และจากการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าครอบครัวมีภาระการดูแลมากและก่อให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกันจึงเกิดผลต่อผู้ดูแลและครอบครัวด้านจิตใจ อารมณ์ และผลกระทบด้านร่างกายตามมา

1.7.3 แนวคิดเกี่ยวกับการศึกษาธรรมชาติที่แท้จริงของครอบครัวในฐานะผู้ดูแลบทบาทของพยาบาลคือ การให้ความรู้และเพิ่มการเรียนรู้เกี่ยวกับทักษะการแก้ปัญหากับสมาชิกในครอบครัวซึ่งครอบครัวจะยอมรับอย่างมาก (Dunkin, 1998)

การดูแลผู้ป่วยในปัจจุบัน จากนโยบายที่มุ่งเน้นให้จำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้เร็วที่สุดภายหลังการจำหน่ายจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวที่จะต้องดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงมีแนวคิดในการดูแลดังนี้ (กัลยา โนอินทร์, 2542 อ้างใน ศิริวรรณ พอนบุญ, 2548)

1. เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมาน

2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายวิชาชีพ

3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการแบบผสมผสาน 4 มิติ

4. เป็นการบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว และชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่

เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน

6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว

7. เป็นการบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

ดังนั้น กิจกรรมการพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2545) มีลักษณะ ดังนี้

1. การประเมินสถานะผู้รับบริการเพื่อให้สามารถเข้าใจถึงปัญหาและความต้องการของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

2. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชนมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดความเข้าใจการยอมรับและความเชื่อถือไว้วางใจ

3. การพัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจในกันและกันของสมาชิกในครอบครัว

4. สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต เกี่ยวกับการปรับตัว ทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

5. ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสม ซึ่งสามารถกระทำได้ทั้งให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว

6. การสนับสนุนให้กำลังใจ ในโอกาสที่เหมาะสมเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

7. การเสริมสร้างพลังอำนาจ มุ่งเน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย และสมาชิกทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจมั่นใจในบทบาทความสามารถและความรับผิดชอบของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและสามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง

8. ประสานงานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เป็นการสร้างความร่วมมือกับชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว

9. ประเมินผล และปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้เหมาะสมตามความต้องการมากที่สุด

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาลจะต้องคำนึงถึงการดูแลบุคคลแบบองค์รวมคือการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

มุ่งเน้นการบริการเชิงรุกโดยทีมสุขภาพในหลายวิชาชีพมุ่งเน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน พร้อมทั้งส่งเสริมพลังอำนาจตลอดจนประเมินผลและปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อให้สามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้เหมาะสม

## 2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมาย

ผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและครบทุกด้าน Davis (1992) ให้ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัวว่า หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน Horowitz (1995) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมการดูแลและเวลาที่ใช้ในการดูแล ดังนี้

1) ผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2) ผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายการดูแลมีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง เช่น เป็นธุระติดต่อกับชุมชน จัดการเกี่ยวกับการเดินทางในการไปตรวจรักษา เป็นต้น หรือให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรงดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาในการดูแลน้อยกว่า ส่วน Orem (1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลว่า หมายถึงผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแล ช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพ และสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

### 2.2. แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยครอบครัวเป็นกระบวนการที่สำคัญและควรได้รับความสนใจเพราะโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะรุนแรงและเรื้อรัง (มานิช หล่อตระกูล และ

ปราโมทย์ สุคนิตย์,2552) ความต้องการการดูแลผู้ป่วยจึงต้องมี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณด้านต่างๆ ดังรายละเอียดของการดูแลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

2.2.1 บทบาทของผู้ช่วยเหลือดูแล (Care Provider Role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลเป็นผู้ทำหน้าที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ทั้งทางด้านสุขภาพอนามัยของร่างกายและตอบสนองความต้องการด้านอื่นๆ ของผู้ป่วยโดยยึดแนวทางการรักษา เช่น การให้อาหาร การให้รับประทานยา เป็นต้นซึ่งเป็นการดูแลด้านร่างกายเท่านั้น

2.2.2 บทบาทของผู้จัดการดูแล (Care Manager Role) เป็นบทบาทที่ผู้ดูแลทำหน้าที่ในการประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลให้ครอบคลุม ทั้งทางด้านร่างกาย และจิตสังคม โดยผู้ดูแลจะทำหน้าที่ค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือบริการอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุด ในด้านการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟู เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

บทบาทที่สำคัญของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย คือ

- 1) ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง
- 2) คอยสังเกตอาการกำเริบ
- 3) ช่วยลดความเครียดแก่ผู้ป่วยโดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
- 4) ลดความตึงเครียดของผู้ดูแลเองโดยการหาเวลาส่วนตัวหรือพักผ่อนบ้างด้วยผลัดกันให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนได้
- 5) ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วย
- 6) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมารับการตรวจตามนัด

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลักซึ่งจะต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวตามมาอย่างมาก

สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นเป็นความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัว ก็จะต้องดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้มากที่สุด และสามารถดูแลผู้ป่วยให้อยู่ที่บ้านและชุมชนนานที่สุด รวมทั้งการดูแลตนเองและครอบครัวให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี ต่อไป

Watson (1989) อธิบายว่าความรักและการดูแลกัน เป็นคุณสมบัติที่มีอยู่ในมนุษย์ทุกคน มนุษย์ต้องการความรักและการดูแลเพื่อการดำรงอยู่ของชีวิต การช่วยเหลือที่เริ่มจากความตั้งใจ ความรัก จะทำให้การปฏิบัติต่อกันมีความอ่อนโยน ให้เกียรติซึ่งกันและกัน ซึ่ง

เป้าหมายของการดูแลตามแนวคิดนี้ คือ ใ้บุคคลมีภาวะสุขภาพของกาย จิต และ จิตวิญญาณมีการเรียนรู้ มองเห็นคุณค่าของตนเองและการดูแลเยียวยาตนเองโดยกระบวนการ ดูแลที่จะทำให้เข้าถึงจิตใจกันได้ อาศัยปัจจัยการดูแล 10 ประการดังนี้

1. การสร้างค่านิยมที่เห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น และการมีเมตตาต่อเพื่อน มนุษย์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุด โดยจะเน้นที่การให้คุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ต่อกัน มีความรัก ความเมตตาและเห็นแก่ประโยชน์ของผู้อื่น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ามีคนอยู่กับเขาเสมอ คอยดูแลเอาใจใส่อย่างจริงใจ เสียสละโดยไม่หวังผลตอบแทน

2. สร้างความศรัทธาและความหวัง ความหวังเป็นสิ่งที่เสริมสร้างกำลังใจและความเข้มแข็งในการเผชิญกับความทุกข์ทรมาน ศรัทธาและความหวังเป็นกระบวนการที่ไม่เคยสิ้นสุด ถึงแม้จะหมดหวังไปแล้วก็ยังสามารถสร้างความหวังใหม่ได้

3. มีความไวต่อความรู้สึกทั้งของตนเองและผู้อื่น ผู้ดูแลที่มีความไวต่อการรับรู้ตนเอง ก็จะไวต่อการรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่นด้วย และสามารถเข้าใจโลกตามมุมมองของผู้อื่นได้ เข้าใจความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อ ภาษาและค่านิยม

4. สร้างสัมพันธภาพการช่วยเหลือที่ไว้วางใจกัน ประกอบด้วย

4.1 การเข้าใจซึ่งกันและกัน การที่ผู้ดูแลสามารถเข้าใจโลกตามมุมมองของผู้อื่นได้จะทำให้มีสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยดียิ่งขึ้น

4.2 การร่วมรู้สึกเป็นการที่ผู้ดูแลสามารถรับรู้ถึงความต้องการของผู้ป่วย อย่างที่ผู้ป่วยต้องการ ตอบสนองความต้องการได้อย่างเหมาะสมทั้งคำพูด ท่าทางพฤติกรรม และการแสดงออก

4.3 ความรู้สึกอบอุ่นใจ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างอบอุ่นระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จะช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพและพัฒนาการเจริญเติบโตทางอารมณ์ของผู้ป่วยโดยผู้ดูแลต้องจัดบรรยากาศที่ไม่คุกคาม มีความมั่นคง ปลอดภัย และเป็นที่ยอมรับได้

4.4 การสื่อสารอย่างมีคุณภาพ การสื่อสารที่ดีเป็นเครื่องมือในการบำบัดที่สำคัญ เพราะสภาพจิตใจของผู้ป่วยจะสับสน รู้สึกถึงความไม่แน่นอน

5. การส่งเสริมและยอมรับการแสดงออกของความรู้สึกทั้งในทางบวกและลบ ดังนั้นผู้ดูแลควรมีโอกาสแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองทั้งในทางบวกและทางลบ โดยเฉพาะความรู้สึกด้านลบคือออกมาแทนการเก็บซ่อนไว้เพื่อรักษาภาพพจน์ที่ดีของตนเอง

6. ใช้วิธีการแก้ปัญหา และตัดสินใจด้วยเหตุและผล ผู้ดูแลต้องรู้จักการสอบถาม การพูดคุย และการสังเกตจากผู้ป่วย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย

7. สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในกระบวนการเรียนรู้ โดยทั่วไปผู้ป่วยมักจะมีความรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ และมีความกลัว การให้ข้อมูลและทางเลือกจะเป็นการที่ดีที่สุดที่จะช่วยลดความไม่แน่ใจ ความวิตกกังวล และความกลัว

8. จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านกายภาพ จิตใจ สังคมวัฒนธรรม และจิตวิญญาณ การจัดสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยรู้สึกสบาย มีความรื่นรมย์ สะอาด ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว และการได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล ครอบครัว ญาติ

9. การช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ การตอบสนองความต้องการอย่างดีที่สุดในเรื่องที่เป็นไปได้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความผาสุก พัฒนาบุคลิกภาพและปรับตัวอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ซึ่งผู้ดูแลควรปฏิบัติ ดังนี้ การตอบสนองความต้องการทางด้านชีวภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้แก่ การดูแลด้านอาหาร และน้ำ ความสะอาดของปาก ฟัน ผิวหนัง การหายใจ การขับถ่ายเป็นต้น เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย เช่น การออกกำลังกาย การพักผ่อน การมีเพศสัมพันธ์ ฯลฯ ด้านจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ความเชื่อ ความศรัทธาต่อสิ่งที่ผู้ป่วยผูกพันหรือนับถือ

10. การพิจารณาสัจธรรมเกี่ยวกับการดำรงชีวิตอยู่ของมนุษย์ และการสร้างพลังสุขภาพจิตด้านจิตวิญญาณ ผู้ป่วยส่วนมากจะรู้สึกสับสน ไม่แน่ใจ วิตกกังวลและทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยพยายามไขว่คว้า หาความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัย พัฒนาตนเองให้มีความเข้มแข็งและมีพลังในการบำบัดดูแลตนเอง หรือการเผชิญกับอาการที่เปลี่ยนแปลงของตนเอง ได้ทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ

Wolf (1986) อธิบายว่าการดูแลบุคคลนั้น ความหมายสำคัญอยู่ที่การช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของตนเองความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นเป็นการให้ความช่วยเหลือด้วยความไว้วางใจและมีความลึกซึ้งในสัมพันธภาพต่อกัน และช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าหรือมีความหมายยิ่งขึ้น โดยมีองค์ประกอบของการดูแลตามแนวคิด Mayeroff (1971) มีดังนี้

1. ความรู้ (Knowing) ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับผู้รับการดูแล ความต้องการและวิธีการตอบสนองความต้องการของผู้รับการดูแล

2. ความจริงใจ (Honesty) ผู้ดูแลมีความเต็มใจและแสดงออกถึงความรู้สึกที่แท้จริงของตนที่จะให้การช่วยเหลือผู้รับการดูแล

3. ความไว้วางใจ (Trust) ในกระบวนการดูแล ผู้ดูแลและผู้รับการดูแล ทั้งสองฝ่ายต้องเกิดความไว้วางใจ ต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และแสดงความรู้สึกต่อกัน

4.ความอ่อนน้อมถ่อมตน (Humility) ความรู้สึกอ่อนน้อมจะทำให้ผู้ดูแลเรียนรู้สิ่งต่างๆจากผู้รับการดูแล อีกทั้งทำให้ไม่เกิดการใช้อำนาจกับผู้รับการดูแล

5.ความอดทน (Patience) ผู้ดูแลต้องมีความอดทนเพื่อเปิดโอกาสให้ผู้รับการดูแลได้คิดและตัดสินใจด้วยตนเอง และให้ผู้รับการดูแลได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง

6.ความหวัง (Hope) ผู้ดูแลต้องมีความหวังว่าการช่วยเหลือของตนจะมีส่วนช่วยในการพัฒนาผู้รับการดูแลเป็นการมองไปในอนาคต เพื่อเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีการปฏิบัติอย่างมีเป้าหมาย และต่อเนื่อง

7.ความกล้าหาญ (Courage) เป็นการปฏิบัติบนพื้นฐานของจริยธรรมเพื่อปกป้องศักดิ์ศรี และสิทธิของบุคคล

8.การเลือกแนวทางการช่วยเหลือบุคคล (Alternating rhythm) เป็นการเรียนรู้ผลของการดูแลจากประสบการณ์ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการคงไว้ หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการช่วยเหลือ

Roachelle (1987) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมการดูแลว่า เป็นการกระทำหรือการแสดงออกต่อมนุษย์และสิ่งต่างๆ รวมทั้งการให้คุณค่าและความสำคัญในสิ่งนั้น โดยผ่านการคิดอย่างไตร่ตรอง ประกอบกับความรู้สึกหรือพลังอำนาจแห่งจิตใจต่อการกระทำว่า เป็นสิ่งที่ดีมีคุณค่า และมีความหมายต่อชีวิตมนุษย์ ซึ่งผู้ปฏิบัติเกิดความพึงพอใจ สุขใจที่ได้ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย

1.การปฏิบัติงานด้วยความสามารถ (Competence) เป็นการปฏิบัติที่ผู้ดูแลทำให้แก่ผู้ป่วยโดยใช้ความรู้ ทักษะ ความชำนาญที่มีอยู่ ได้อย่างถูกต้องตามเทคนิควิธี และหลักวิชาการด้วยความมั่นใจ มีการตัดสินใจที่ดี ทันเวลา และปฏิบัติการดูแลโดยคำนึงถึงปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละบุคคลได้อย่างครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

2.สัมพันธภาพที่เอื้ออาทร (Compassion) เป็นการปฏิบัติการดูแลด้วยความห่วงใย และตั้งใจจริงในการช่วยเหลือผู้ป่วย ท่าทาง คำพูดและสายตาที่แสดงถึงความเข้าใจ ห่วงใย ให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วย ให้คำปลอบโยน มีการสัมผัส ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ และรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ

3.การให้ความเชื่อมั่นในสัมพันธภาพ (Confidence) หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย สร้างความไว้วางใจแก่ผู้ป่วย สื่อสารให้ข้อมูล ความรู้ เหตุผล และข้อเท็จจริงให้ความหวัง และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเผชิญปัญหาต่างๆแก้ไขได้ และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

4. พุทธิกรรมทางจริยธรรม (Conscience) เป็นการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน ให้ อำนาจในการตัดสินใจ การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย รวมทั้งการปฏิบัติดูแลตั้งอยู่บน พื้นฐานความถูกต้อง

5. ความผูกพันในงาน (Commitment) หมายถึง การมีความตั้งใจจริงในการ ปฏิบัติ พร้อมทั้งการดูแลมีความรับผิดชอบ การดูแลเพื่อให้งานสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ และเกิดผลดีต่อผู้ป่วยกับครอบครัว

Leininger (1991) ได้ให้ความหมายการดูแลว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการช่วยเหลือ (assistive) การสนับสนุนคำจูน (supportive) การอำนวยความสะดวก (facilitative) และการ สร้างความสามารถ(enabling) ให้กับบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ตามความต้องการที่แสดงออก เพื่อปรับปรุงหรือรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี หรือแนวทางการดำเนินชีวิตที่ผาสุบุคคล ครอบครัว และชุมชน อยู่ภายใต้โครงสร้างของสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการ ดูแลเป็นการกระทำที่จะผันแปรไปตามวัฒนธรรมนั้นๆ ซึ่งจะมีทั้งส่วนที่ต่างกันและส่วนที่ เหมือนกัน การให้การดูแลที่สามารถบรรลุเป้าหมายจึงต้องเป็นการดูแลที่มีความเข้าใจและมีความ สอดคล้องทางวัฒนธรรมเพื่อที่จะสามารถให้การดูแลอย่างเป็นองค์รวมได้ตามเป้าหมาย

สกาเวเดียน กลิ่นน้อย (2554) ได้อธิบายไว้ว่า การดูแลเป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่ ครอบครัวใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องเผชิญกับความเครียด ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมกับการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยสร้างการดูแลให้สำเร็จได้ ด้วยวิถีทางของความเข้าใจซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน เพื่อสนองตอบต่อความต้องการ ได้อย่างสมบูรณ์ และประสบความสำเร็จ

สรุปได้ว่า แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นการตอบสนองความ ต้องการของบุคคล อย่างเป็นองค์รวมทั้ง 3 มิติ คือ กาย จิต และจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยก จากกันได้ต้องมีความสอดคล้องกับโครงสร้างของสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ด้วยการดูแลเป็นการช่วยเหลือให้บุคคลเจริญเติบโตถึงระดับที่มีความพึงพอใจต่อชีวิตของ ตนเองมีคุณภาพชีวิตที่ดีและอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข

### 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

#### 2.3.1 พุทธิกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้ประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ของบุคคลด้อย ลงในทุกด้านของชีวิต ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพต่อครอบครัว รายได้ การ เรียนหนังสือการทำงาน การขาดที่อยู่อาศัย การอยู่ร่วมกับผู้คนในสังคม และการดำเนินชีวิตใน สังคม (Kek, Mazumdar & Shields, 2000) นอกจากนี้การที่บุคคลป่วยเป็น โรคจิตเภท



ในช่วงวัยรุ่น วัยกลางคนและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านการสร้างครอบครัวการประสบความสำเร็จในอาชีพ และการพัฒนาตนเอง โดยผู้ป่วยจะมีพัฒนาการที่ไม่เท่าเทียมกับคนทั่วไปในสังคม ดังนั้นผู้ดูแลต้องทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในเกือบทุกด้านของชีวิต เป็นระยะเวลายาวนาน เนื่องจาก โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตเรื้อรังที่รู้จักกันดี บุคคลที่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีความพิการหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ (World Health Organization, 2001) ดังนั้นการดูแลรักษาที่สำคัญคือ การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ และวิธีปฏิบัติของญาติในการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี และคณะ ,2531)

### 2.3.2 ปฏิบัติการด้านอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท

Cherman (2003) ได้สรุปขั้นตอนการตอบสนองด้านอารมณ์ของสมาชิกครอบครัวซึ่งรวมถึงสมาชิกครอบครัวในฐานะผู้ดูแล มี 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นที่ 1 การเริ่มตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น จะเกิดขึ้นเมื่อครอบครัวตระหนักว่าสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วยทางจิต ครอบครัวจะปฏิเสธปัญหาที่รุนแรง ในขั้นนี้ครอบครัวต้องการการให้การศึกษ การให้กำลังใจ การบริการช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

ขั้นที่ 2 การเรียนรู้ที่จะจัดการกับปัญหาในขั้นนี้ครอบครัวได้ก้าวเข้าสู่การยอมรับการเจ็บป่วย และอารมณ์ที่หลากหลายอาจจะเข้มข้นขึ้น เช่น โกรธ รู้สึกผิด เศร้า โศก ช่วงเวลานี้ครอบครัวต้องการโอกาสสำหรับการได้รับการสนับสนุนจากเพื่อน

ขั้นที่ 3 การเปลี่ยนตนเองไปสู่การเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว บางคนอาจเปลี่ยนแปลงตนเองไปสู่การทำบทบาทการเป็นผู้ช่วยเหลือ ซึ่งสนองด้านอารมณ์ การเข้าใจ

ขั้นที่ 4 การยอมรับว่าครอบครัวไม่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยได้ และยอมรับความเจ็บป่วย (Recognition that families cannot control the patient's illness and acceptance) ในขั้นนี้ สมาชิกครอบครัวจะเกิดการเปลี่ยนแปลง คือ

1. รู้สึกอ่อนคลาย และรู้สึกรับผิดชอบต่อปัญหาที่จะต้องเผชิญตลอดไปมากขึ้น

2.ยอมรับว่าตนไม่ใช่สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ตนไม่สามารถเยียวยา รักษาโรคจิตได้ และตนไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ และท้ายสุดการตัดสินใจขึ้นอยู่กับผู้ป่วย

3.ได้รับการยอมรับนับถือและการชื่นชมจากผู้อื่นเกี่ยวกับศักยภาพของตนที่ได้ทุ่มเทให้กับผู้ป่วยในการปฏิบัติ คือ

- 3.1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ
- 3.2. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มากๆ ในครอบครัว เช่น อารมณ์โกรธ เกลียด ก้าวร้าว รวมไปถึงความรู้สึกหวั่นไหวที่มากเกินไป
- 3.3. กรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาและหากผู้ป่วยยังพอฟังเข้าใจได้ ควรพูดคุยและอธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยา
- 3.4. ในกรณีที่ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายทรัพย์สิน ควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์
- 3.5. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เฉื่อยชาและแยกตัว ไม่เข้าสังคม โดยที่เป็นอาการของการเจ็บป่วยการกระตุ้นให้หายเฉื่อยชานั้น อาจให้ผู้ป่วยทำงาน โดยเริ่มจากงานที่ง่ายๆ ก่อน เช่น ให้ดูแลที่นอนของตนเอง ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ ภูบ้าน ล้างชาม งานนั้นควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยจะทำสำเร็จได้โดยไม่เครียดมากเกินไป
- 3.6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พุดหัวเราะคนเดียว ถ้าไม่บ่อยหรือไม่มาก อาจเตือนใจไม่ได้ตอบผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้รักษาทราบ ข้อควรระวังคือ อย่าตีไม่ควรแสดงความโกรธ ตำหนิ หรือคว่ำผู้ป่วยอย่างรุนแรง
- 3.7. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ถึงแม้จะไม่รุนแรงและไม่อันตราย ควรถามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดเช่นนั้น หรือใช้การอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจให้ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่รับฟังเลย หรือ โกรธ แสดงว่ายังไม่เข้าใจที่จะพูดคุยกับผู้ป่วยในเรื่องนี้ควรรับฟังเรื่อยๆ ก่อนและบอกอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบ ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินให้รีบพาผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยด่วนจะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลโดยตรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เป็นผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ใจ วิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย อาจทำให้เกิดการเบียดเบียนผู้ป่วย หรือละเลยการช่วยเหลือผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังโดยไม่ได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกยุ่งยากในการดูแล ซึ่งส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยไม่มีประสิทธิภาพ

## 2.4 การพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท นอกจากผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบตามที่กล่าวมาแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแล การทารุณกรรม หรือผู้ป่วยอาจถูกทอดทิ้งตามมาได้ ดังนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องให้การช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญปัญหาต่อไปได้ก่อนที่ครอบครัวจะแตกสลาย จากการศึกษาวิจัยต่างๆ มีการเสนอแนวทางช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญ

ปัญหาต่อไปได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Paker (1992 อ้างใน ศิริพันธุ์ สาถ์ย์, 2546) มีปัจจัย 3 ประการ คือ

1. มีช่วงเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วย

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

3. ได้รับบริการ (provision of services) การช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การบริการทางด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ การบริการทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราวหรือกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

บทบาทพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติได้โดย

1. ประเมินผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลและสังเกตภาวะเครียดของผู้ดูแล เพราะระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องการการดูแลมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้พูดระบายความคับข้องใจ เพื่อลดภาวะเครียดและลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงในผู้ดูแล

3. ให้ข้อมูล ความรู้เรื่องโรคและการดูแลตามที่ต้องการ เพื่อช่วยผู้ดูแลกลับสู่กิจวัตรประจำวันเดิมได้เร็วขึ้น และสามารถควบคุมสถานการณ์ได้ดีขึ้น

4. ช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการการดูแลที่เข้ากับสภาพบ้านเรือน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแล มีความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลและลดความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น

5. ส่งต่อผู้ดูแลไปยังกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สหสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง หรือการบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์

### 3. พลังสุขภาพจิต

ปัจจุบันบุคคลต้องประสบกับปัญหาและความกดดันในด้านต่างๆอย่างมาก ซึ่งส่งผลให้บุคคลต้องมีการปรับตัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังรายงานสถิติสุขภาพจิตของคนไทยปีพ.ศ.2550 พบว่าคนไทยมีสุขภาพจิตระดับปกติร้อยละ 75.4 และมีสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าปกติร้อยละ 24.61(อภิชัย มงคล,2551) ดังนั้น การเสริมสร้างศักยภาพที่ทนต่อแรงกดดันให้ได้ การมีกำลังใจที่เข้มแข็ง และการมีความสามารถในการจัดการกับปัญหาในชีวิตเนื้องด้วยพลังสุขภาพจิตเสมือนพลังชีวิตที่ทำให้บุคคลสามารถเอาชนะอุปสรรคที่ตนเองเผชิญ

อยู่ สามารถจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม และสร้างสรรค์ตลอดจนมีการเรียนรู้จากเหตุการณ์นั้นๆ พัฒนาเป็นพลังสุขภาพจิตจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

### 3.1. ความหมายของพลังสุขภาพจิต

พลังสุขภาพจิตเป็นคำนาม(Resilienceหรือ Resiliency) หมายถึง ความสามารถที่จะฟื้นคืนจากความทุกข์ยากได้อย่างรวดเร็ว ความสามารถที่จะกลับคืนสู่สภาพเดิมหลังจากเกิดความเปลี่ยนแปลง กัดค้น หรือเหตุการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุม

พลังสุขภาพจิต (Resilience Quotient) หมายถึง ความสามารถในการเรียนรู้ และปรับตัวเมื่อเกิดเหตุการณ์ยากลำบากหรืออุปสรรคในชีวิตสามารถผ่านพ้นมาได้ อย่างเข้มแข็งเปรียบได้กับสิ่งของที่มีความยืดหยุ่นสูง เป็นเหมือนดังความเข้มแข็งของจิตใจที่แม้จะมีปัจจัยภายนอกมา “กระทบกระแทก” แต่ก็จะไม่ถึงขั้น “กระเทือน” จนทำให้แตกหักเสียหาย ความสามารถที่จะช่วยป้องกันและดูแลคนเราในยามที่ชีวิตเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน อันไม่สามารถ คาดเดาหรือควบคุมได้ ให้รอดพ้นจากปัญหาทางสุขภาพจิตต่างๆ ไม่ว่าจะเป็น เครียด ซึมเศร้า วิตก กังวล หรือเกิดการเจ็บป่วยทางจิต รวมทั้งยังช่วยป้องกันปัญหาสุขภาพทางกายที่เกี่ยวข้อง สัมพันธ์กับความเครียด เช่น โรคแผลในกระเพาะอาหาร โรคหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ความสามารถของบุคคลในการปรับตัว เมื่อต้องเผชิญกับภาวะวิกฤตในชีวิตบุคคลจะมีความอดทนและพยายามที่จะหาทางออกเมื่อพบปัญหา (กรมสุขภาพจิต, 2549 , สมดี อนันต์ปฏิเวช, วิภา เฟิงเสงี่ยม และจันทร์เพ็ญ อัครสถิตานนท์, 2554)

พลังสุขภาพจิตเป็นความสามารถของมนุษย์สามารถเปลี่ยนแปลงในเรื่องที่ยุ่งยาก เช่น ความเจ็บป่วย หรือความทุกข์ยากได้อย่างรวดเร็วโดยปราศจากการถูกรบกวนงำหรือการกระทำ ด้วยวิธีการที่บกพร่องในการทำหน้าที่ปราศจากแสดงออกด้วยวิธีการที่บกพร่อง (Siebert, 2007)

Dyer and Guinness (1996) ได้ให้ความหมายของพลังสุขภาพจิตว่าเป็น ความสามารถในการคงไว้ซึ่งความสมดุลของจิตใจโดยมีเหตุการณ์วิกฤต และมีปัจจัยปกป้องต่างๆ เกิดขึ้นก่อนส่วนผลลัพธ์ที่ตามมา คือ คนมีการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ พลังสุขภาพจิตเป็นพลวัตที่สามารถที่จะพัฒนาได้

สรุปได้ว่า ความหมายของพลังสุขภาพจิตหมายถึงความสามารถทางจิตใจของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตเป็นพลังทางจิตใจที่จะช่วยขับเคลื่อนให้

ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ มีความเข้มแข็งเพื่อก้าวไปสู่สภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถทนรับการเปลี่ยนแปลงและความไม่แน่นอนของผู้ป่วย (Siebert, 2007; Davis, 1999; กรมสุขภาพจิต,2549; กรมสุขภาพจิต,2552; ดันติมา ค้วงโยธา ,2553)

### 3.2 องค์ประกอบ ของพลังสุขภาพจิต

Polk(1997) ได้ทำการสังเคราะห์แนวคิด โดยการใช้เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตจำนวน 26 เรื่อง แล้วสรุปรูปแบบของพลังสุขภาพจิตเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบเชิงคุณลักษณะนิสัย (Dispositional pattern) หมายถึง รูปแบบคุณลักษณะทางด้านกายภาพและทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับตนเองที่นำไปสู่การแสดงให้เห็นถึงพลังสุขภาพจิต โดยมีคุณลักษณะด้านจิตสังคม คือลักษณะที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถส่วนบุคคล และความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง ขณะที่คุณลักษณะทางด้านกายภาพคือ ปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับพันธุกรรมที่มีติดตัวมาแต่กำเนิด ซึ่งมีบทบาทต่อการพัฒนาความหย่อนตัว ปัจจัยทางด้านกายภาพดังกล่าว ประกอบไปด้วยสติปัญญา สุขภาพ และสภาวะจิตใจ บุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตมีระดับสติปัญญาที่ดีเป็นการเฉพาะ โดยมีคะแนนการทดสอบความถนัดทางการศึกษา และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่า นอกจากนี้ บุคคลที่มีความหย่อนตัวมักจะมีประวัติทางด้านสุขภาพที่ดี มีลักษณะทางด้านร่างกายดี และมีความสามารถทางการกีฬา ประเด็นสุดท้ายคือลักษณะเกี่ยวกับอารมณ์ที่แสดงให้เห็นถึงการได้รับความเอาใจใส่ทางบวกจากผู้ดูแลในวัยเด็กตอนต้นก็เป็นข้อชี้วัดความหย่อนตัวได้อีกด้วย ทารกที่ได้รับความใส่ใจในเรื่องการโอบกอดและด้วยความรักที่มากกว่าจากพ่อแม่และบุคคลอื่น ๆ ที่มีเจตคติในการดูแลจะมีพลังสุขภาพจิตปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับตนเองที่เป็นข้อบ่งชี้ถึงพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วยความรู้สึกเกี่ยวกับความรอบรู้ และความตระหนักถึงการมีคุณค่าในตนเองโดยรวม และการนับถือตนเองด้านบวก นอกจากนี้ ความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน และความอิสระและการพึ่งพาตนเอง เป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นถึงคุณลักษณะพิเศษของความหย่อนตัว รูปแบบทางด้านลักษณะนิสัยของบุคคลก่อให้เกิดรูปแบบโดยรวมของพลังสุขภาพจิต เมื่อพลังสุขภาพจิตสะท้อนให้เห็นถึงคุณลักษณะทางด้านร่างกายและจิตสังคม

2. รูปแบบเชิงสัมพันธ์ ( Relational pattern) หมายถึงลักษณะของบทบาทและสัมพันธ์ภาพที่มีอิทธิพลต่อพลังสุขภาพจิตรูปแบบนี้ประกอบไปด้วยทั้งลักษณะภายในและลักษณะภายนอกที่ได้รับการจำกัดความเป็นแหล่งที่มาของค่านิยมทั้งค่านิยมเกี่ยวกับ

สัมพันธภาพที่ใกล้ชิดเช่นเดียวกับเครือข่ายทางด้านสังคมในวงกว้างมากขึ้น คุณลักษณะภายในประกอบด้วยการกล้าแสดงอารมณ์โกรธต่อบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดความรู้สึกอันเกิดจากประสบการณ์หรือเพื่อที่จะได้รับความสุขสบาย การมีทักษะในการแสดงเอกลักษณ์ของตนเอง และการเชื่อมสัมพันธ์กับตัวแบบที่มีบทบาททางบวก และการมีความเต็มใจที่จะแสวงหาความไว้วางใจจากผู้อื่น นอกจากนี้ธรรมชาติของสัมพันธภาพที่เกิดจากภายในสะท้อนให้เห็นความผูกพันที่ลึกซึ้งต่อสัมพันธภาพและการพัฒนาความใกล้ชิดส่วนบุคคล รูปแบบเชิงสัมพันธภาพยังสะท้อนให้เห็นถึงความสนใจด้านสังคมภายนอกด้วย ความหุนหันตัวแสดงให้เห็นถึงการมีความสนใจ และงานอดิเรกที่หลากหลาย เช่นเดียวกับการยึดมั่นต่อการศึกษา หน้าที่การงาน และกิจกรรมทางสังคม ความหุนหันตัวยังแสดงให้เห็นถึงความตั้งใจในการแสวงหาการสนับสนุนจากชุมชน และปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวกกับครอบครัว เพื่อน ๆ และบุคคลอื่น ๆ ด้วย รูปแบบทางด้านคุณลักษณะเกี่ยวกับบทบาทและสัมพันธภาพของบุคคลก่อให้เกิดรูปแบบของความหุนหันตัวที่ประกอบด้วยภาพรวมทั้งหมด

3. รูปแบบเชิงสถานการณ์ (Situational pattern) รูปแบบนี้แสดงให้เห็นพลังสุขภาพจิตในฐานะที่เป็นวิธีการที่ใช้คุณลักษณะต่อสถานการณ์หรือสาเหตุความเครียด และสามารถแสดงให้เห็นได้จากทักษะในการประเมินด้วยความรู้คิด ความสามารถในการแก้ไขปัญหา และลักษณะที่แสดงให้เห็นความสามารถที่จะปฏิบัติในการเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง รูปแบบเชิงสถานการณ์ประกอบด้วยความสามารถที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง เกี่ยวกับความสามารถในการกระทำและความคาดหวัง หรือผลลัพธ์จากการกระทำของตนเอง รูปแบบเชิงสถานการณ์ยังประกอบด้วยความตระหนักรู้ต่อสิ่งที่สามารถและไม่สามารถที่จะทำได้สำเร็จและความสามารถในการกำหนดเป้าหมายที่มีลักษณะเฉพาะรับรู้ความเปลี่ยนแปลงในโลก ใช้วิธีการในการแก้ไขปัญหาในเชิงรุก และมีการไตร่ตรองต่อสถานการณ์ใหม่ ๆ อีกด้วย ทั้งพลังสุขภาพจิตความอดสาหะและความสามารถในการรับมือกับสถานการณ์ได้ดี ก่อให้เกิดคุณลักษณะของรูปแบบพลังสุขภาพจิตดังกล่าว ในฐานะที่เป็นแหล่งที่มาของการควบคุมจากภายใน ประการสุดท้าย รูปแบบเชิงสถานการณ์ยังแสดงให้เห็นได้จากการแสวงหาประสบการณ์ใหม่ๆ ความอยากรู้อยากเห็น ลักษณะของการเป็นคนชอบสำรวจ และความคิดสร้างสรรค์

4. รูปแบบเชิงปรัชญา (Philosophical pattern) รูปแบบนี้แสดงให้เห็นได้จากความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับตนเองเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ และการสะท้อนให้เห็นถึงตนเอง และเหตุการณ์ต่าง ๆ ก่อให้เกิดรูปแบบเชิงปรัชญา มีความมั่นใจว่าเวลาดี ๆ รออยู่ข้างหน้า และมีความเชื่อในการค้นหาความหมายในเชิงบวกที่มีต่อ

ประสบการณ์ นอกจากนี้ ความเชื่อที่ว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย และความมั่นใจเกี่ยวกับการสร้างคุณค่าที่เป็นประโยชน์ของบุคคลนั้นเป็นสิ่งที่แสดงให้เห็นได้โดยธรรมชาติของรูปแบบนี้ มีการตระหนักรู้ว่าชีวิตมีเป้าหมาย ตระหนักรู้ว่าแท้จริงวิถีชีวิตของบุคคลแต่ละคนมีลักษณะเฉพาะ และตระหนักรู้ว่าแท้จริงว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะดำรงมุมมองที่จะดำเนินชีวิต

Rungreangkulkij and Catherine (2000) ได้ทำการศึกษากรอบแนวคิดกรอบครวัในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรง โดยทำการศึกษา 10 ตัวแปรที่สำคัญได้แก่ แรงกดดัน ความเครียด ประเภทครอบครัว ความต้องการของครอบครัว สิ่งสนับสนุนทางสังคม ทรัพยากรในครอบครัว การตีความของครอบครัว ปัญหาครอบครัวและการเผชิญปัญหา แต่ละองค์ประกอบใน โมเดลความยืดหยุ่นครอบครัวเกี่ยวข้องกับ กระบวนการปรับตัวในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตซึ่งความเจ็บป่วยทางจิตจะส่งผลกระทบต่อญาติผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลัก โดยศึกษาโมเดล รวม 3 โมเดล ได้แก่ 1. โมเดลอารมณ์ 2. โมเดลความเครียดกับการเผชิญความเครียด เพื่อเข้าสู่โมเดลที่ 3 คือ โมเดลความยืดหยุ่นสำหรับครอบครัว พบว่าการปรับตัวในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในทางเชิงบวก โดยมุ่งเน้นที่ระบบครอบครัวกำหนดเป้าหมายสำหรับการพยาบาล และการพัฒนากิจกรรมการพยาบาล จัดการสถานการณ์ที่เครียด ได้การพยาบาลจะมุ่งที่จะรักษาและเสริมสร้างความแข็งแกร่งของครอบครัว

Reivich et al. (2002) กล่าวว่า ลักษณะของพลังสุขภาพจิตประกอบไปด้วยความสามารถ 7 ประการด้วยกัน ได้แก่

1. การควบคุมอารมณ์ (Emotion Regulation) หมายถึง ความสามารถที่จะคงความสงบภายใต้ความกดดัน ได้แก่ สามารถควบคุมอารมณ์ที่ดีในการจดจ่อกับการทำงาน ไม่กระทำสิ่งต่างๆ

2. การควบคุมแรงกระตุ้น (Impulse Control) หมายถึง ความสามารถในการชะลอความพึงพอใจของตน ได้แก่ ชอบการวางแผนล่วงหน้าในการทำงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดี ถ้าทำให้คนอื่นไม่สบายใจจะรับฟังในสิ่งที่บุคคลนั้นพูด ก่อนที่จะได้ตอบกลับไป สามารถจัดสิ่งรบกวนการทำงานได้เป็นอย่างดี จะปฏิบัติตามความเชื่อนั้น และมักก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางลบที่อาจขัดขวางพลังสุขภาพจิต

3. การมองโลกในแง่ดี (Optimism) หมายถึง การที่บุคคลเชื่อว่าสิ่งต่างๆ สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ได้แก่ การมีความเชื่อว่าตนสามารถควบคุมปัญหาต่างๆ ได้ มีความเชื่อว่างานหนักเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทุ่มเท มีความเชื่อว่าตนจะประสบความสำเร็จในอนาคต เชื่อว่าสถานการณ์ที่ยุ่ยากจะดำเนินไปด้วยดี

4. การวิเคราะห์เชิงสาเหตุ (Causal Analysis) หมายถึง ความสามารถของบุคคลที่มีต่อการระบุสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนได้อย่างถูกต้อง เช่น เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นจะไม่รีบด่วนตัดสินใจในการแก้ไขปัญหา เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นสามารถคิดอย่างรอบคอบเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาก่อนที่จะพยายามแก้ไขปัญหาดังกล่าว สามารถระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงของปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เป็นอย่างดี

5. ความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการเข้าใจสิ่งที่สื่อถึงส่วนที่เกี่ยวกับสภาพทางจิตใจและความรู้สึกของบุคคล ประกอบด้วย การแสดงออกทางสีหน้า น้ำเสียง ภาษาท่าทาง ความเข้าอกเข้าใจ ได้แก่ สามารถรู้ถึงสิ่งที่บุคคลอื่นกำลังประสบจากการมองเห็นหน้าของบุคคลนั้น มักจะมีความเข้าใจถึงสาเหตุของความรู้สึกของผู้อื่น มักจะมีความเข้าใจเหตุผลของการกระทำของผู้อื่น สามารถให้ข้อเสนอแนะในสิ่งที่บุคคลอื่นควรคิดเมื่อพบว่าบุคคลนั้นทุกข์ใจ มักจะมีบุคคลอื่นมาบอกว่าตนเข้าใจบุคคลเหล่านั้น สามารถรับฟังในสิ่งที่บุคคลอื่นพูด

6. ความเชื่อในความสามารถของตน (Self-efficacy) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่ได้ประสบความสำเร็จ ชอบใช้ความสามารถของตนมากกว่าฟังฟังผู้อื่น ชอบทำงานที่มีการเปลี่ยนแปลง

7. การค้นหาประสบการณ์ใหม่ๆ (Reaching Out) หมายถึง ความสามารถในการเป็นตัวของตัวเองและมีความกล้าที่จะเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ ได้แก่ การมีความอยากรู้อยากเห็น ชอบลองทำสิ่งใหม่ๆ ไม่ปล่อยให้สิ่งที่ผู้อื่นคิดมีผลต่อการกระทำของตนไม่รู้สึกอึดอัดใจเมื่อพบกับคนแปลกหน้า (APA, 2004)

จากการทบทวนเอกสารเกี่ยวกับองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตที่กล่าวมาทั้งหมด ผู้วิจัยได้คัดเลือกแนวคิดของ Davis (1999) ซึ่งมีแนวคิดที่ครอบคลุมมากกว่าแนวคิดของนักทฤษฎีคนอื่นๆ มากที่สุด จึงได้นำมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ รวม 6 องค์ประกอบซึ่งพอที่จะสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. ความสามารถด้านกายภาพ (Physical Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการทำให้ตนมีความสุขที่ดีทั้งใจและกาย (Davis, 1999) กล่าวว่างค์ประกอบของพลังสุขภาพจิต ได้แก่ ความสามารถทางด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่ การมีความสุขที่ดีมีนิสัยที่ยืดหยุ่น ซึ่ง Siebert (2005) กล่าวว่าพลังสุขภาพจิตของบุคคลจะต้องมีการพัฒนาทักษะที่ทำให้ตนเองพบแต่ความสุขและสุขภาพทั้งกายและใจ (Grotberg, 1995) นอกจากนี้บุคคลที่จะมีพลังสุขภาพจิตได้จะต้องมีความสามารถสามารถมองหาความช่วยเหลือช่วยเหลือ และสามารถ



พูดคุยเรื่องความกังวลใจได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Polk(1997) กล่าวว่าคุณลักษณะทางด้านกายภาพด้านสุขภาพกายและใจที่ดีที่เป็นคุณลักษณะของผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตดี

2. ความสามารถด้านสัมพันธภาพ (Relational Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยด้วยคำพูด ภาษาท่าทาง ซึ่งส่งผลให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างตนเองกับบุคคลอื่นรวมทั้งการใช้ภาษาพูดและภาษาท่าทางที่แสดงให้เห็นถึงการเข้าใจความคิด ความรู้สึก และความต้องการของบุคคลอื่นได้อย่างถูกต้อง จากการสังเกตภาษาท่าทาง และภาษาพูดของบุคคลนั้น ดังที่ Davis(1999) กล่าวว่า ลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิตจะต้องมีสามารถในการมีปฏิริยาโต้ตอบ มีความสามารถในการพัฒนาและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่มีความรู้สึกผูกพัน และมีความไว้วางใจเป็นพื้นฐาน มีความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง ซึ่ง Klohnen(1996) กล่าวว่า บุคคลที่มีความหุนหันพลุกพล่านจะต้องมีการแสดงออกอย่างมีทักษะ ได้แก่ การมีความสามารถในการปฏิบัติระหว่างบุคคล โดยสมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (2004) และ Gunnestad(2006) ยังได้กล่าวว่า ลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต ได้แก่ การมีทักษะในการติดต่อสื่อสาร Reivich; & Shatt( 2002) กล่าวว่า ความสามารถประการหนึ่งของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต ได้แก่ การมีความเข้าใจผู้อื่นอย่างลึกซึ้ง ซึ่งประกอบด้วยความสามารถในการตระหนักถึงอารมณ์ที่บุคคลอื่นกำลังแสดงออก จากการมองที่สีหน้าท่าทางของบุคคลนั้น สามารถเข้าใจถึงสิ่งที่บุคคลนั้นกำลังคิด สามารถเข้าใจถึงสาเหตุที่ทำให้บุคคลนั้นเดือดร้อนใจ และสามารถเข้าใจถึงสาเหตุของปฏิริยาที่บุคคลนั้นโต้ตอบออกมาได้เป็นอย่างดี

3. ความสามารถด้านอารมณ์ (Emotional Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการยับยั้งการตอบสนองทางด้านอารมณ์ด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการระบุสิ่งที่ตนเองกำลังคิด และระบุได้ว่าสิ่งที่คิดจะส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของตนเองอย่างไรขณะเผชิญกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของบุคคลอื่น และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมออกมาโดย Thoresen (1974) กล่าวว่า การควบคุมตนเองเป็นความสามารถในการยับยั้งการตอบสนองขณะเผชิญกับการขู่ ซึ่ง Davis (1999) กล่าวว่า องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตประการหนึ่ง ได้แก่ ความสามารถทางอารมณ์ มีความสามารถในการระออยความพึงพอใจ และ Reivich; & Shatt(2002) กล่าวว่า การควบคุมอารมณ์เป็นลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต นั่นคือการมีความสามารถที่บุคคลจะคงความสงบภายใต้ความกดดัน มีความสามารถในการระบุสิ่งที่ตนกำลังคิดได้ดีและระบุได้ว่าความคิดนั้นส่งผลกระทบต่ออารมณ์ของตนเองอย่างไร เมื่อถูกทำให้เดือดร้อนใจก็จะสามารถระออยให้อารมณ์สงบจึงจะพูดคุยในสิ่งที่เกิดขึ้น และไม่ปล่อยให้อารมณ์ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการปฏิบัติ

ภารกิจต่างๆ นอกจากนี้สมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (2004) ยังได้กล่าวว่า องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตที่บุคคลสามารถพัฒนาได้ด้วยตนเองประการหนึ่ง คือ ความสามารถในการจัดการกับความรู้สึกและจัดการกับแรงกระตุ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ความสามารถด้านคุณธรรม (Moral Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการอุทิศตนมุ่งมั่นตั้งใจที่จะปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเพียรพยายามละเอียดรอบครอบ เพื่อให้สำเร็จตามเป้าหมายยอมรับผลการกระทำของตนทั้งในด้านที่เป็นผลดีและผลเสีย ดังที่ Davis(1999) กล่าวว่า ความสามารถด้านคุณธรรมเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพลังสุขภาพจิตเป็นการรับผิดชอบ โดยการอุทิศตนในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้อื่น เช่น ได้ช่วยแก้ไขปัญหาค่าช่วยตัดสินใจ ช่วยวางแผน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีความหมาย นอกจากนี้ Grotberg (1995) กล่าวว่า คุณลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต คือ การเป็นคนที่มีความเต็มใจที่จะทำสิ่งดีๆ สำหรับบุคคลอื่น และเต็มใจที่จะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองกระทำ และ Wolin; & Wolin(1993) กล่าวว่า คุณลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต คือ การได้ทำหน้าที่ช่วยเหลือหรืออุทิศเวลาเพื่อผู้อื่น

5. ความสามารถด้านการรู้คิด (Cognitive Competence) เป็นความสามารถของบุคคลในการระบุปัญหา และเลือกใช้แนวทางการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดย Davis (1999) กล่าวว่า ความสามารถด้านการรู้คิดซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของพลังสุขภาพจิตเป็นการที่บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจถึงขั้นตอนในการจัดการกับความท้าทายทางสิ่งแวดล้อม มีความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนคล้ายกับที่ Polk(1997) กล่าวถึงรูปแบบหนึ่งซึ่งแสดงให้เห็นถึงพลังสุขภาพจิต คือรูปแบบเชิงสถานการณ์ ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลสามารถแสดงให้เห็นได้จากทักษะการประเมินด้วยความรู้คิด ความสามารถในการแก้ไขปัญหาความสามารถที่จะปฏิบัติในการเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์ Reivich & Shatt(2002) กล่าวว่า ความสามารถในการแก้ไขปัญหาที่ดี เป็นคุณลักษณะหนึ่งของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต นั่นคือการที่บุคคลสามารถระบุนสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนได้อย่างถูกต้อง มีวิธีการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย มีการคิดอย่างรอบคอบก่อนที่จะพยายามแก้ไขปัญหาต่างๆ นอกจากนี้สมาคมนักจิตวิทยาอเมริกัน (2004) ยังได้กล่าวอีกว่า องค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตที่บุคคลสามารถพัฒนาได้ด้วยตนเองประการหนึ่ง คือความสามารถในการสร้างแผนการที่เป็นจริง และนำขั้นตอนต่างๆ ไปปฏิบัติได้ประสบความสำเร็จ และ Grotberg (1995) และ Gunnestad (2006) ก็ได้กล่าวว่า การมีทักษะในการแก้ไขปัญหาเป็นคุณลักษณะประการหนึ่งของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต

6. ความสามารถด้านจิตวิญญาณ เป็นความสามารถของบุคคลในการ ค้นหาความหมายในชีวิต ความหวัง ความเชื่อ หรือการตระหนักถึงสิ่งต่างๆ ที่ทำให้ตนมีความสุข และทำให้มีความอดทนต่อความยากลำบาก โดย Burkhardt(1989)กล่าวว่า จิตวิญญาณ หมายถึง หลักในการดำเนินชีวิต ความเชื่อหรือความหมายของการมีชีวิต การ ค้นหาความหมายและเป้าหมายในชีวิต ขณะที่ Narayanasamy(1999)กล่าวว่า จิตวิญญาณ หมายถึง สิ่งใดๆ ที่แต่ละบุคคลให้คุณค่าว่าเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด เป็นสิ่งที่สร้างความรู้สึกถึงความมีชีวิตที่เป็นความรัก ความศรัทธา ความหวัง ความไว้วางใจ แรงบันดาลใจ การให้ ความหมายและการให้เหตุผลในการดำรงชีวิต สอดคล้องกับ Lester et al.(2000)ได้กล่าวไว้ว่า จิตวิญญาณซึ่งเป็นคุณลักษณะภายในของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วยความสุข การ มองโลกในแง่ดี ความศรัทธา ความหวังและความฝัน การมีคิพจน์ โดย Davis(1999) กล่าวว่า ความสามารถด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นองค์ประกอบของพลังสุขภาพจิตเป็นความศรัทธาที่เป็น เหตุผลส่วนบุคคล การมองเห็นความหมายในชีวิต การมีศีลธรรม การให้คุณค่าในหลักการ ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังมีผู้กล่าวสนับสนุนว่าความสามารถทางจิตวิญญาณเป็นคุณลักษณะ ประการหนึ่งของบุคคลที่มีพลังสุขภาพจิต เช่น Grotberg (1999)

### 3.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตประกอบด้วย ปัจจัยภายในตัวบุคคล ของผู้ดูแล เช่น บุคลิกภาพ ความเครียด และกลวิธีจัดการกับความเครียดเนื่องจากการที่ต้อง ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการ ให้บริการทำให้เกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย และ McCubbin et al. (1999) กล่าวว่า พลังสุขภาพจิตเป็นผลรวมของปัจจัยที่หลากหลาย ทั้งปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยทาง สิ่งแวดล้อม

Kumpfer (1999) ได้ทำการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพลังสุขภาพจิตรวม 6 ปัจจัย ได้แก่ 1.ความเครียด 2.สิ่งแวดล้อม 3.คนกับสิ่งแวดล้อม 4.ลักษณะภายในบุคคลที่หมายถึง จิตวิญญาณ สมรรถนะ ความรู้ ความเข้าใจพฤติกรรมทางกาย และทางอารมณ์ หรือจุด แข็งที่จำเป็นในการประสบความสำเร็จในการพัฒนาที่แตกต่างกันงานวัฒนธรรมที่แตกต่าง และส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน 5.กระบวนการพลังสุขภาพจิตและทนทานต่อความเครียด และสามารถเผชิญกับความเครียดได้เรียนรู้โดยบุคคลการสัมผัสอย่างค่อยเป็นค่อยไปเพื่อให้เกิด พลังสุขภาพจิตและมีการเปลี่ยนแปลงโดยให้บุคคลกลับคืนสู่สังคม ( Neiger,Janesen, & Kumpfer, 1990) 6. การปรับตัวที่ดี

Takviriyannun et al.(2007) พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ระยะเวลาในการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญ ช่วยให้บุคคลสามารถเลือกใช้กลวิธีกับการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antonovsky, 1979; Lazarus & Folkman, 1984) โดยจะช่วยให้บุคคลปรับตัวต่อความเครียดต่างๆได้ดี (Cohen & Wills,1985) มีกำลังใจในการที่จะเผชิญกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น มีแนวทางในการป้องกัน และจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม ทำให้ลดและบรรเทาความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้น

สรุปได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อพลังสุขภาพจิตจากการทบทวนวรรณกรรมมา ทำการศึกษาพบว่าพลังสุขภาพจิตสามารถช่วยทำให้คนมีความอดทนทางอารมณ์ มีกำลังใจ และมีการจัดการกับปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการเลือกใช้จึงได้นำแนวคิดของกรมสุขภาพจิต (2549) ที่ได้พัฒนามาจาก Davis (1999) และ Grotberg (1995) ซึ่งมีองค์ประกอบเหมาะสมและครบในทุกด้าน

### 3.4 การประเมินพลังสุขภาพจิต

เครื่องมือที่นำมาใช้ในการประเมิน มี 2 ประเภท คือแบบประเมินส่วนบุคคล และแบบประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสริมพลังสุขภาพจิตรายละเอียดมีดังนี้

1.แบบวัดพลังสุขภาพจิต(Block & Kremen,1996)เป็นแบบรายงานด้วยตนเองแบบเรียงลำดับ 4 มาตรา จำนวน 14 ข้อ เพื่อประเมินจิตใจคือความสามารถในการการตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้ตนเองเครียดหรือท้อแท้ใจ ตัวแปรที่วัดมี 4 องค์ประกอบ คือ

- 1.ความมั่นใจในมุมมองทางบวก
- 2.กิจกรรมที่เป็นประโยชน์และกระทำด้วยตนเอง
- 3.ความหยิ่งรู้ระหว่างบุคคลและความอบอุ่น

4.ทักษะการแสดงออก การตรวจสอบคุณภาพแบบวัด พบว่ามีความเที่ยงในการวัดสูง( $\text{Alpha}=.76$ ) ตรวจสอบความเที่ยงตรงด้วยอัลฟาครอนบารค์

2.แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของ Davidson (2003) เป็นแบบวัดที่ต้องการให้บุคคลรายงานตนเองโดยมีแบบเรียงลำดับ 5 มาตรา และมีข้อคำถามทั้งหมด จำนวน 25 ข้อ วัดอุปสรรคเพื่อวัดว่าผู้ตอบมีลักษณะของผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตหรือไม่ ตัวแปรที่วัดมีองค์ประกอบ 5 ด้าน คือ ความสามารถส่วนบุคคล ความทนทางอารมณ์ การยอมรับการ

เปลี่ยนแปลง ความรู้สึกที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ และจิตวิญญาณ วิธีการตอบแบบเรียงลำดับ 5 มาตรา มีค่าตั้งแต่ระดับ 0-4 การตรวจสอบคุณภาพของแบบวัด โดยนำไปทดลองใช้พบว่ามีความตรง และความเที่ยงสูง

3.แบบประเมินวิธีการปรับตัว พัฒนาโดย Bonanno (2004) เป็นแบบวัดให้ญาติหรือผู้ใกล้ชิดประเมิน มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ วัดอุปสรรคของแบบวัด เพื่อประเมินการปรับตัวโดยใช้แผนภาพ 4 ชนิด คือ ภาพบุคคลที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง พื้นสภาพ ที่มีความเศร้าโศก และมีพลังสุขภาพจิต ตัวแปรที่วัด วัดบุคคลที่มีความผิดปกติหลังเกิดเหตุการณ์ประสพภัย 2 ปี โดยให้เลือกแผนภาพที่สอดคล้องกับผู้ประเมินมากที่สุด โดยมีวิธีการตอบแบบวัดผู้ตอบต้องร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม มาตรการประเมินค่าแบบเรียงลำดับ 1-5

4.แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2549) ที่ได้ทำการศึกษาแนวคิดของ Grotberg (1995) กล่าวว่า เพื่อเอาชนะความโศกเศร้า บุคคลจะใช้แหล่งที่มาของพลังสุขภาพจิต 15 แหล่งแบ่งเป็นด้านหลักๆ 3 ด้าน แต่ละด้านมี 5 แหล่งที่มาดังต่อไปนี้

#### ความหมาย

พลังฮึด ฮึด ฮู้ หรือพลังสุขภาพจิต ฮึด ฮึด ฮู้ เดิมใช้คำว่า การสร้างพลังสุขภาพจิต หรือความหยุ่นตัวทางอารมณ์และจิตใจ (Resilience Quotient; RQ)

**พลังฮึด ฮึด ฮู้** หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการปรับตัวและฟื้นตัวภายหลังที่พบกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบาก ให้สามารถผ่านพ้นปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

**ภาวะวิกฤต** หมายถึง เหตุการณ์ต่างๆที่เข้ามากระทบ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือไม่ก็ได้ แต่มีผลกระทบต่อจิตใจ อารมณ์และความรู้สึกอย่างรุนแรง โดยมักเป็นภาวะที่เกิดขึ้นชั่วคราวส่วนใหญ่ภาวะวิกฤตเป็นเหตุการณ์ที่บุคคลนั้นไม่เคยพบมาก่อน ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น ไม่ทันตั้งตัว เตรียมตัว เตรียมใจ

สำหรับมุมมองสุขภาพจิต “ภาวะวิกฤต” หมายถึง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อความสมดุลทางอารมณ์และจิตใจ ทำให้เกิดความว้าวุ่น สับสน และความผิดปกติที่คนเราไม่สามารถจะใช้ชีวิตคิดและการปฏิบัติที่เคยใช้ได้ ในภาวะปกติจัดการได้ หากบุคคลขาดพลังสุขภาพจิตในการรับมือกับวิกฤต ผลที่ตามมาอาจแสดงออกในลักษณะของภาวะเครียดที่รุนแรง การคิดทำร้ายตนเอง หรือมีบาดแผลทางใจเรื้อรังทำให้อารมณ์ บุคลิกภาพผิดปกติ จนอาจถึงขั้นป่วยทางจิตเวช

กระบวนการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจเมื่อเราเจอปัญหาวิกฤตจะแบ่งออกได้เป็นสามระยะ คือ

**ระยะแรก “ช็อก”** มักเป็นความรู้สึกกลัวและวิตกกังวล\_ต่อมาก็คือการพยายามปฏิเสธ โดยคิดและหวังว่าสิ่งนั้นไม่ได้เกิดขึ้นจริง ระยะนี้อาจใช้เวลาประมาณสามสี่วันหรืออาจถึงสัปดาห์กว่าที่เราจะยอมรับความจริงได้

**ระยะที่สอง** เป็นระยะที่เรายอมรับว่าปัญหานั้นได้เกิดขึ้นแล้วจริงๆและไม่อาจจะย้อนเวลากลับไปแก้ไขเปลี่ยนแปลงหรือหยุดยั้งมันได้ ในช่วงนี้ความรู้สึกมากมายจะประดังเข้ามา เช่น ความโกรธ จึงเริ่มโทษตัวเอง โทษคนอื่น อาจมีความรู้สึกอาย รู้สึกผิด และเกิดความเศร้าเสียใจ การแสดงออกทางพฤติกรรมที่เห็นชัดก็คือไม่มีสมาธิจะทำอะไร เก็บตัว ซึมเศร้า รวมทั้งอาจเกิดอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น ปวดศีรษะ ปวดท้อง หัวใจเต้นเร็ว หายใจลำบาก เหนื่อยง่าย เมื่อยล้า ปวดกล้ามเนื้อ ความต้องการทางเพศลดลง นอนไม่หลับ เป็นต้น

**ระยะที่สาม** ระยะที่อารมณ์และจิตใจฟื้นตัว เมื่อเหตุการณ์ร้ายแรงผ่านพ้นไป รวมทั้งได้มีการแก้ไข ผ่อนคลายเยียวยาความบาดเจ็บทางจิตใจในระดับหนึ่ง การตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจในช่วงนี้จะเข้าไปในลักษณะการปรองดองหรือการปรับตัวเข้ากับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น หลังจากนั้นก็จะเข้าสู่ระยะฟื้นตัว ทางอารมณ์และจิตใจ ซึ่งอาจใช้เวลาหลายเดือนหรืออาจเป็นปีกว่าจะเข้าสู่ภาวะเดิมได้ ความกังวล ความเครียด ความเศร้าเสียใจ และการตอบสนองทางอารมณ์และจิตใจเมื่อเผชิญวิกฤตที่กล่าวข้างต้น ถือเป็นเรื่องปกติธรรมดา ไม่ใช่การเจ็บป่วยหรือการมีปัญหาด้านสุขภาพจิต แต่ถ้าหากปราศจากการจัดการทางอารมณ์และจิตใจที่เหมาะสม ก็มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตเรื้อรังและรุนแรงตามมาได้

องค์ประกอบของบุคคลที่มีพลัง อึด ฮึด สู้ มี 4 ข้อดังนี้

1. มีความรู้สึกดีกับตัวเอง (Sense of self)
2. รู้สึกว่าสามารถจัดการชีวิตได้ (Sense of control)
3. มีความผูกพันและสายสัมพันธ์เกื้อหนุน (Sense of connection)
4. มีจุดมุ่งหมายหรือเป้าหมายในชีวิต (Sense of purpose)

**พลัง อึด ฮึด สู้** เป็นการสร้างพลังสุขภาพจิตให้มีความสามารถในการปรับตัวกับเหตุการณ์วิกฤตหรือสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความยากลำบากให้สามารถเผชิญกับปัญหาและดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

**พลัง “อึด”** คือ มีความสามารถอดทนต่อแรงกดดันได้ สร้างด้วยการรู้จักปรับความคิด ปรับพฤติกรรมการกระทำ เพื่อให้เกิดความรู้สึกดีกับตนเอง (Sense of self) จนกลายเป็นความภาคภูมิใจที่เป็นต้นทุนทางจิตใจที่เข้มแข็ง ไม่ทอดลอยกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต

**พลัง “ฮึด”** คือ มีความผูกพันและ สายสัมพันธ์เกี่ยวพัน (Sense of connection) ทำให้มีความหวัง และมีกำลังใจอยู่เสมอ เพราะกำลังใจเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวและแรงบันดาลใจสำคัญคอยผลักดัน ให้ทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ สามารถสร้างขึ้นมาได้ด้วยตนเอง หรือจากครอบครัว และจากสังคม ญาติ มิตร

**พลัง “สู้”** คือมีเป้าหมายในชีวิต (Sense of purpose) และมีความรู้สึกที่สามารถจัดการชีวิตได้ (Sense of control) มีทักษะในการแก้ไขปัญหา สามารถเอาชนะอุปสรรคได้ ไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ เพราะทุกปัญหามีทางออกมากบ้างน้อยบ้างเป็นเรื่องธรรมดา เมื่อไหร่ที่รู้สึกว่าจะต้องเผชิญกับปัญหาที่ยากลำบากมากเกินไป ควรปรับการกระทำในสิ่งที่พอทำได้ทำไปก่อน แล้วปรับเป้าหมายให้อยู่บนทางสายกลาง ที่ทำให้เกิดดุลยภาพในชีวิต ที่สามารถยืดหยุ่นได้ และหากไม่สามารถปรับหรือเปลี่ยนแปลงอะไรได้เลย ให้มีความเข้าใจและสามารถยอมรับกับสถานการณ์ต่างๆตามความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ รายละเอียด ดังนี้

#### 1. ฉันมี (I have)

1.1 บุคคลรอบข้างที่ฉันไว้วางใจและรักฉันไม่ว่าเกี่ยวกับเรื่องอะไรก็ตาม

1.2 บุคคลที่วางกรอบให้ฉัน ดังนั้น ฉันจึงรู้ว่าเมื่อไหร่ฉันจะยับยั้งตนเองก่อนที่ อันตรายหรือปัญหาจะเกิดขึ้น

1.3 บุคคลซึ่งแสดงให้เห็นถึงวิธีการกระทำในสิ่งที่ถูกต้อง เช่นเดียวกับที่บุคคลดังกล่าวกระทำ

1.4 บุคคลซึ่งต้องการให้ฉันฝึกฝนที่จะทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง

1.5 บุคคลซึ่งช่วยฉันในยามเจ็บป่วยอยู่ในอันตราย หรือจำเป็นต้องมีการเรียนรู้

#### 2. ฉันเป็น (I am)

2.1 บุคคลที่ผู้อื่นชอบและรัก

2.2 บุคคลที่จะทำสิ่งที่ดีๆ สำหรับผู้อื่น และแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจของฉัน

2.3 บุคคลที่นับถือตนเองและผู้อื่น

2.4 บุคคลที่เต็มใจที่จะรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเองทำ

## 2.5 บุคคลที่มั่นใจว่าสิ่งต่างๆ จะดำเนินไปด้วยดี

### 3. ฉันสามารถ (I can)

3.1 พูดยกับบุคคลเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้ฉันหวาดกลัวหรือสิ่งที่ทำให้ฉัน  
กังวลใจ

3.2 หาวิธีการต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาที่ฉันประสบ

3.3 ควบคุมตนเองเมื่อนฉันรู้สึกว่กำลังทำในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง หรือทำ  
ในสิ่งที่เป็น อันตราย

3.4 เข้าใจเป็นอย่างดีว่าเวลาใดที่มีความเหมาะสมที่จะพูดหรือปฏิบัติ  
ต่อผู้อื่น

### 3.5 มองหาผู้ให้ความช่วยเหลือเมื่อนฉันต้องการ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินพลังสุขภาพจิต(RQ) ของ  
กรมสุขภาพจิต(2549) ได้มีการทดลองใช้กับกลุ่มคนทั่วไปอย่างแพร่หลายเพื่อให้สามารถเป็น  
แบบมาตรฐานกลางที่สามารถใช้กับกลุ่มคนทั่วไปเนื่องจากเป็นคำถามที่มีความเข้าใจง่าย และ  
ผ่านกระบวนการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ แบบประเมินนี้ต้องการให้คนไทยได้ใช้ค้นหา  
จุดอ่อนจุดแข็งและเตรียมพัฒนาตนเองให้ พร้อมกับวิกฤตหรือความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้น  
ได้ในชีวิต แบบประเมินพลังสุขภาพจิตใช้ประเมินความสามารถโดยประเมินผลองค์ประกอบ  
ของบุคคล 3 ด้าน ต่อไปนี้

1.ด้านทนต่อแรงกดดัน

2.ด้านการมีความหวังและกำลังใจ

3.ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค

เครื่องมือนี้ใช้ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์  
(ฮิด) จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ ข้อ1-10 ด้านกำลังใจ (ฮิด) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ข้อ11-15 และด้าน  
การจัดการกับปัญหา หรือต่อสู้เอาชนะอุปสรรค (ฮู้) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ16-20 ข้อคำถาม  
ในแบบประเมินมีจำนวน 20 ข้อ เป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของ  
ผู้ทำแบบประเมินในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาเครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแบบวัด  
พบว่ามีความเที่ยงสูง (Alpha=.74) แบบประเมินความเข้มแข็งทางใจของกรมสุขภาพจิตที่  
พัฒนาขึ้นนี้ต้องการให้คนไทยได้ค้นหาจุดอ่อนจุดแข็งและเตรียมพัฒนาตนเองให้พร้อมกับ  
วิกฤตหรือความยากลำบากที่อาจเกิดขึ้นได้ในชีวิตแบบประเมินพลังสุขภาพจิตใช้ประเมิน  
ความสามารถของบุคคล 3 ด้าน ต่อไปนี้ 1.ด้านทนต่อแรงกดดัน 2. ด้านการมีความหวังและ  
กำลังใจ 3. ด้านการต่อสู้เอาชนะอุปสรรค



การแปลผลหากประเมินพบว่ามืองค์ประกอบใดต่ำกว่าเกณฑ์ก็สามารถพัฒนาพัฒนาได้นั้นให้มากขึ้นได้เพราะพลังสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่เราสามารถเรียนรู้พัฒนาได้ตลอดเวลา ข้อคำถามมี 20 ข้อสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมินในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่จริง หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ จริงบางครั้ง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อยหรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ เพียงเล็กน้อย

ค่อนข้างจริง หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นๆ มาก

จริงมาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อาการ ความรู้สึกในเรื่องนั้นๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วย กับเรื่องนั้นๆ มากที่สุด

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกแบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2549) มาใช้เนื่องจากมีความสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยและเป็นการสอบถามถึงความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ทำแบบประเมิน สามารถระบุปัจจัยที่ประเมินความสามารถของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านความมั่นคงทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา หรือต่อสู้เอาชนะอุปสรรค

#### 4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต

เนื่องจากยังไม่ม้งานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทบทวนงานวิจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพลังสุขภาพจิต ดังนี้

กรมสุขภาพจิต(2551) ได้ศึกษาสภาวะพลังสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างชายและหญิง ทั่วไป จาก 4 ภาค 12 จังหวัด รวมทั้งสิ้น 4,000 คน ผู้สนใจตรวจวัดพลังสุขภาพจิตสามารถทำได้ด้วยตนเองในเวลาเพียงแค่สิบนาทีด้วยแบบประเมินพลังสุขภาพจิต(RQ)ที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาขึ้น โดยนำแบบสอบถามที่ได้คัดข้อคำถามเฉพาะข้อดีไว้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) รายด้านทั้งฉบับ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbarch's alpha coefficient) (อ้างถึงใน บุญธรรม, 2531: 130) ทั้งนี้ จากการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ผลที่ได้มีค่าความเชื่อมั่นในชุด 20 ข้อ เท่ากับ 0.749 และชุด 50 ข้อ มีค่าเท่ากับ 0.91 ได้ผลการศึกษาที่น่าสนใจว่าพลังสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างชายและหญิงอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 85 สูงกว่าระดับปกติ ร้อยละ 7 และต่ำกว่าระดับปกติ ร้อยละ 8

ตันติมา คิ้วงโยธา(2553) ศึกษาและพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ผลการศึกษาวิจัยสรุปได้ ดังนี้ 1. การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าโมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของพลังสุขภาพจิต ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านกายภาพ ด้านสัมพันธภาพ ด้านอารมณ์ ด้านคุณธรรม ด้านการรู้คิดและด้านจิตวิญญาณ มีค่าความเหมาะสมพอดีกับข้อมูลเชิงประจักษ์ มีน้ำหนักองค์ประกอบมาตรฐานอยู่ในเกณฑ์สูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถวัดองค์ประกอบของความหย่นตัวได้ 2. โปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ขั้นเริ่มต้น ขั้นพัฒนาความสามารถ และขั้นสรุป โดยมีการประยุกต์ทฤษฎีและเทคนิคการให้คำปรึกษามาใช้ในการพัฒนาพลังสุขภาพจิต 3.พลังสุขภาพจิตโดยรวมและรายองค์ประกอบของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ธัญญลักษณ์ แสนสุข(2551) ศึกษาประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ ผลการวิจัยพบว่าการฟื้นฟูสภาพตามความหมายของผู้สูงอายุมี 3 ประเด็น คือ 1.อยู่อย่างมีความหวัง ประกอบด้วยก้าวต่อไปไม่หยุดนิ่ง 2.การมีธรรมะเป็นหลักยึดเหนี่ยวประกอบด้วย ปลงตก การใช้สติแก้ปัญหา และการมีคุณธรรมศีลธรรม 3.การใช้ชีวิตอย่างเข้าใจประกอบด้วย การพึ่งตนเอง การสร้างอารมณ์ขัน และการเปิดโลกทัศน์ให้ตนเอง สำหรับประสบการณ์สึนามิเป็นความท้าทาย ที่ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายจิตใจ ที่อยู่อาศัย สังคมและเศรษฐกิจ 2.ช่วงประทับประคอง มีการปรับร่างกายและความคิด และการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ 3.ช่วงตั้งหลัก โดยการใส่ใจตนเอง ขยันทำงาน ดำรงชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมายการได้รับความช่วยเหลือจากสังคม ชุมชน บุคคล หน่วยงาน ผลการศึกษาคั้งนี้ เป็นข้อค้นพบเรื่องปัจจัยพื้นฐานในการดูแลช่วยเหลือ สำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกมิติทางสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น(2552) ศึกษาพลังสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าของประชาชนในเขตสาธารณสุขที่10 และ12 ผลการศึกษาพบว่าพลังสุขภาพจิตของประชาชนร้อยละ61.4 มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ รองลงมาพลังสุขภาพจิตสูงกว่าปกติ ร้อยละ 33.9 ผลการคัดกรองโรคซึมเศร้า พบว่า ประชาชน ร้อยละ2.6 มีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า และกลุ่มตัวอย่างเหล่านี้ส่งต่อให้สถานอนามัยเพื่อดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 91.1 และมีการดำเนินการช่วยเหลือเบื้องต้น ส่วนใหญ่ให้คำแนะนำ ร้อยละ 45.5 ให้การปรึกษาร้อยละ 34.1 และระหว่าง

เก็บข้อมูลบัณฑิตศึกษาได้ให้ความรู้เรื่องพลังสุขภาพจิตไปด้วยร้อยละ 79.1 ความรู้ที่ให้เกี่ยวกับ ปรับ 4 เดิม 3 ร้อยละ 28.8 และเรื่อง อีด ฮีด ฮู้ ร้อยละ 21.4

อรวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ(2554)ได้ประเมินประสิทธิผลของกลุ่มมือการจัดกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอีด ฮีด ฮู้ ในชุมชนการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงทดลอง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น จากคะแนนเฉลี่ย 8.6 เป็น 11.2 โดยมีผู้ได้คะแนนเพิ่มขึ้น 24 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 80 มีค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น หลังจากมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เป็นระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 28 คน จาก 30 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 ที่เหลือได้คะแนนลดลง 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 นอกจากนี้คนในชุมชนมีการรวมตัวกัน มีการสื่อสารกัน และมีความสัมพันธ์กันมากขึ้น ร่วมกันทำกิจกรรมเพื่อชุมชนเพิ่มขึ้น เกิดเป็นเครือข่ายในชุมชน มีความรู้สึกผูกพันกันอยากช่วยเหลือกัน เกิดความรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำประโยชน์ให้ชุมชน สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าคะแนนพลังสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 9 คนจาก 30 คนคิดเป็นร้อยละ 30 ที่เหลือได้คะแนนลดลง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 70 นอกจากนี้ พบว่า การรวมตัวของคนในชุมชนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นการรวมตัวเพื่อประกอบพิธีทางศาสนา หรืองานตามประเพณี และเป็นกลุ่มเดิมๆที่มาร่วมงานและทำสาธารณประโยชน์

Klohn (1996) ได้กล่าวว่า พลังสุขภาพจิตของบุคคลสัมพันธ์กับคำจำกัดความโดยทั่วไป ไปทางสุขภาพจิตและการปรับตัว ดังคำอธิบายต่อไปนี้

1. การมองโลกในแง่ดีด้วยความมั่นใจ (Confident Optimism) ได้แก่ ความสามารถที่จะมีความสุขและความพึงพอใจกับความรู้สึกรับรู้ของการควบคุมและความรู้สึกถึงเป้าหมาย

2. การดำเนินการที่มีอิสระและมีประสิทธิผล (Autonomous and Productive Activity) ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผล และความรู้สึกถึงอำนาจและการควบคุมสิ่งแวดล้อม 3. การหยั่งเห็นและความอบอุ่นเป็นมิตรระหว่างบุคคล (Interpersonal Insight and Warmth) ได้แก่ ความรู้สึกปลอดภัย การยอมรับตนเอง มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง รู้จักผู้อื่นและสภาพแวดล้อมของตนตามความเป็นจริง 4. การแสดงออกอย่างมีทักษะ (Skilled Expressiveness) ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติระหว่างบุคคล และความสามารถที่จะมีความสัมพันธ์ที่อบอุ่นกับผู้อื่นและการเอาใจใส่ผู้อื่น ความสามารถที่จะใกล้ชิดและนับถือผู้อื่น

Lynn and Lane (2010) ได้ศึกษาติดตามพลังสุขภาพจิต และทนทานของครอบครัว พบว่าแนวคิดพลังสุขภาพจิตของครอบครัว เป็นส่วนสำคัญทางจิตสังคมที่สำคัญที่สุดเป็นสื่อกลางในการลดผลกระทบของความยากลำบาก ทุกข์ทรมานต่อภาวะสุขภาพบุคคล

ในครอบครัว และครอบครัวเป็นสถานที่ที่มีศักยภาพ เพราะมีกลไกและสิ่งที่เป็นในชีวิต ตั้งแต่แรกเกิดที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพตลอดชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการติดตามศึกษาภาวะสุขภาพของครอบครัวในเรื่องการเจ็บป่วยจึงได้ใช้กรอบพลังสุขภาพจิตของครอบครัวมาดำเนินการศึกษา

Polk(1997)ได้ทำการสังเคราะห์แนวคิด โดยการใช้เอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต จำนวน 26 เรื่อง แล้วสรุปรูปแบบของความหยุ่นตัวเป็น 4 รูปแบบ ได้แก่

1. รูปแบบเชิงคุณลักษณะนิสัย (Dispositional pattern) ที่สะท้อนให้เห็นถึงความสามารถส่วนบุคคล และความรู้สึกที่เกี่ยวกับตนเอง ส่วนทางด้านกายภาพมีบทบาทต่อการพัฒนาพลังสุขภาพจิตประกอบไปด้วยสติปัญญา สุขภาพ และสภาวะจิตใจ โดยมีระดับสติปัญญาที่พบว่ามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูง

2. รูปแบบเชิงสัมพันธ์ ( Relational pattern) มีทั้งลักษณะภายใน และภายนอกเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพที่ใกล้ชิดแบบเดียวกับเครือข่ายทางด้านสังคม เช่น การกล้าแสดงอารมณ์โกรธต่อบุคคลอื่น เพื่อให้เกิดความรู้สึกความสุขสบาย และมีทักษะในการเชื่อมสัมพันธ์ที่มีบทบาททางบวกด้วยความเต็มใจเพื่อที่จะแสวงหาความไว้วางใจจากผู้อื่น

3. รูปแบบเชิงสถานการณ์ (Situational pattern) รูปแบบนี้แสดงให้เห็นพลังสุขภาพจิตต่อสถานการณ์หรือสาเหตุของความเครียด และสามารถแสดงให้เห็นได้จากทักษะในการประเมินด้วยการรู้คิด ความสามารถในการแก้ไขปัญหา และลักษณะที่แสดงให้เห็นความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง รูปแบบเชิงสถานการณ์ประกอบด้วยความสามารถที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

4. รูปแบบเชิงปรัชญา ( Philosophical pattern) รูปแบบนี้แสดงให้เห็นได้จากความเชื่อส่วนบุคคล ความเชื่อที่เป็นองค์ความรู้เกี่ยวกับตนเองเป็นสิ่งที่มีความค่า และการสะท้อนให้เห็นถึงตนเอง มีความมั่นใจว่าเวลารออยู่ข้างหน้าค้นหาความหมายในเชิงบวกที่มีต่อประสบการณ์ความรักที่มากกว่าได้รับจากพ่อแม่และบุคคลอื่น ๆ ที่มีเจตคติในด้านการดูแลจะมีพลังสุขภาพจิตสูง

Rungreangkulkij and Catherine ( 2000)ได้ทำการศึกษารอบแนวคิดครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรง 10 องค์ประกอบคือ ด้านแรงกดดัน ความเครียด ประเภทครอบครัว ความต้องการของครอบครัว สิ่งสนับสนุนทางสังคม ทรัพยากรในครอบครัว การตีความของครอบครัว ปัญหาครอบครัว และการเผชิญปัญหากับพลังสุขภาพจิตพบว่าแต่ละองค์ประกอบใน โมเดลพลังสุขภาพจิตของครอบครัว มีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการปรับตัวในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิต ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิตจะส่งผลกระทบต่อ

ญาติผู้ป่วย หรือผู้ดูแลหลัก ผลการศึกษายังพบว่า การปรับตัวในครอบครัวมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกโดยมุ่งเน้นที่ระบบครอบครัวกำหนดเป้าหมายสำหรับการพยาบาลและการพัฒนา กิจกรรมการพยาบาลเพื่อจัดการสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

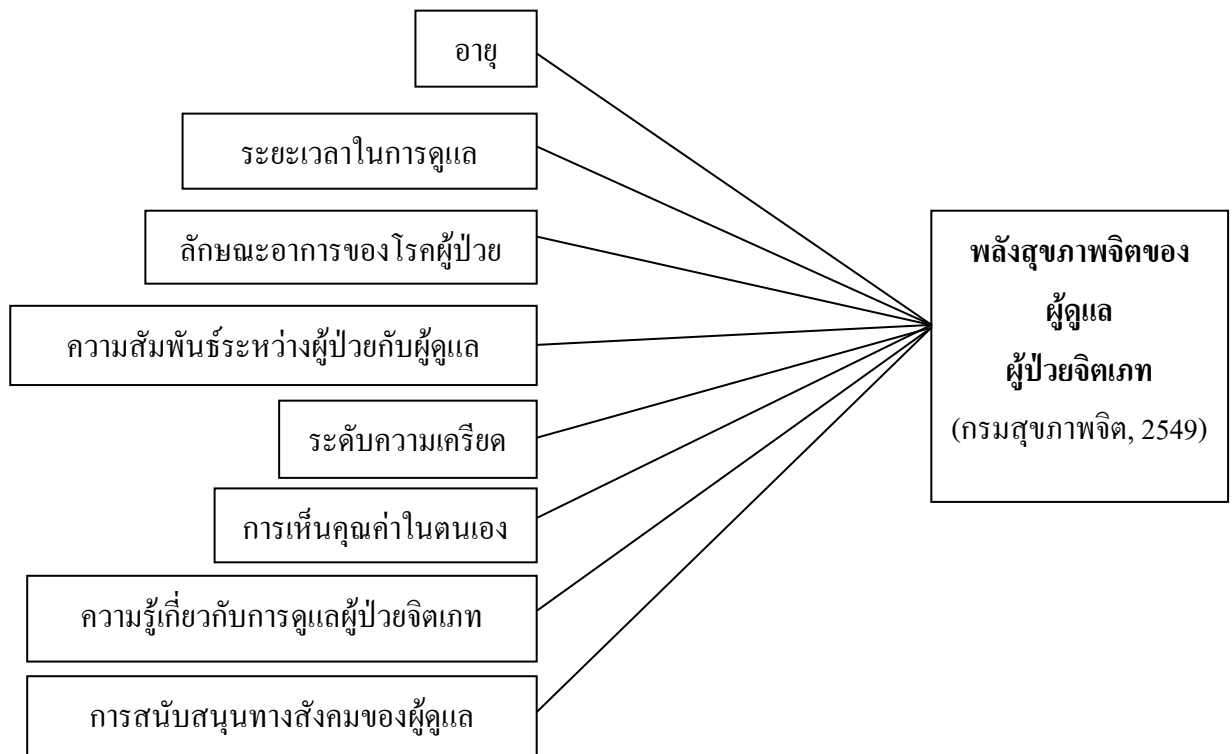
Scott (2010) ได้ศึกษาเรื่องพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้คือการตรวจสอบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากผู้ดูแล และพลังสุขภาพจิตเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด และภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ผลที่เกิดขึ้นคือ มีระบบสนับสนุนที่แข็งแกร่งจากภายนอกมีความเกี่ยวข้องกับ ความยืดหยุ่นเพิ่มขึ้น (Ross, Holliman et al.,2002)

Talma et al.(2001) ได้ศึกษาการประเมินผลรูปแบบของพลังสุขภาพจิตและคัดเลือกตัวทำนายพลังสุขภาพจิตในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชุมชนของประเทศ เนเธอร์แลนด์ จำนวน 5279 คน มีอายุเฉลี่ย 69.9 ปี ผลการศึกษพบมิติของพลังสุขภาพจิต 3 มิติ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านร่างกาย การทำหน้าที่ด้านจิตใจ และความผาสุก ซึ่งได้สรุปว่า ผู้สูงอายุที่มีพลังสุขภาพจิต สามารถทำหน้าที่ทางด้านร่างกายในระดับสูง นั่นคือ ความตั้งใจที่จะทำการตัดสินใจด้วยตนเอง และตั้งใจที่จะปฏิบัติให้มากขึ้น และเชื่อว่าตนมีการควบคุมเหนือชีวิตของตนในปัจจุบัน และมีความพึงพอใจในชีวิต

Thompson (1999) ได้ทำการวิจัยเชิงคุณภาพเรื่องพลังสุขภาพจิตของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคเอดส์ ผลการศึกษา พบว่า 1.มารดาจัดการกับปัญหา 2.การจัดการกับอารมณ์ 3.การกำหนดบทบาทของมารดาในการดูแล 4. การวางแผนอนาคต 5.การปรับเปลี่ยนมุมมองประสบการณ์ของ การเผชิญกับความขัดแย้งในครอบครัว จากผลการวินิจฉัยโรคเอดส์ เป็นสาเหตุของความแตกแยกระหว่างพ่อแม่พี่น้องของผู้ป่วย ดังนั้นครอบครัวจะช่วยให้คง การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และพบกับพัฒนาการของแต่ละบุคคลทางจิตวิญญาณ เกี่ยวกับ โรคเอดส์ ความศรัทธาที่เกิดกิจกรรมใน โบสถ์สร้างศรัทธา ความเชื่อ

Zauszniewski (2010) ได้ศึกษาเรื่องสมาชิกในครอบครัวของบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวที่มีความอดทนกับความเครียดสูงจะสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ดี และเพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัวโดยไม่ส่งผลเสียในการทำงาน และหากสมาชิกในครอบครัวมีพลังสุขภาพจิตและสามารถเอาชนะความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถปรับตัวเข้ากับการดูแลของครอบครัวได้จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ

## กรอบแนวคิดในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พาผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน(ICD-10) มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก จากนั้นทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต รวม 4 ภาค ดังต่อไปนี้

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ภาคกลาง คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา

ภาคใต้ คือ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ภาคเหนือ คือ โรงพยาบาลสวนปรุง

โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายที่เป็นบุคคลในครอบครัวทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตรและญาติ เป็นต้น หรือมีความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยาซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใดๆจากการดูแล
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย สามารถพูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

## การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978) ซึ่งมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N = 9k + 50 \quad (N = \text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรที่ศึกษา})$$

$$N = (9 \times 10) + 50$$

ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นจำนวนที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ คือ 168 คน (รัตน์ศิริ ทาโต, 2552)

## ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยวิธีสุ่มแบบเจาะจงซึ่งมีคุณสมบัติคือเป็นผู้ดูแลหลักที่พาผู้ป่วยมาหรือมารับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช โดย

1. ผู้วิจัยสำรวจโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตตามรายภาค รวม 4 ภาค จากนั้นทำการคัดเลือกโรงพยาบาลแบบเจาะจงโดยพิจารณาจากโรงพยาบาลที่มีผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับการรักษามากที่สุด และเป็นโรงพยาบาลที่มีขนาดเตียงตั้งแต่ 700 เตียงขึ้นไป จำนวน 4 แห่ง คือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ภาคกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา ภาคใต้ ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และภาคเหนือ ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง

2. แบ่งสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งจากการสำรวจจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลสวนปรุง มีจำนวนผู้ป่วยในปี 2554 ดังนี้



ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล ดังนี้

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	ผู้ป่วยจิตเภท 7,686 คน	40 คน
โรงพยาบาลศรีบุญญา	ผู้ป่วยจิตเภท 17,603 คน	84 คน
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	ผู้ป่วยจิตเภท 4,968 คน	22 คน
โรงพยาบาลสวนปรุง	ผู้ป่วยจิตเภท 4,078 คน	22 คน
รวม	จำนวน 34,335 คน	จำนวน 168 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2 – 6** ได้แก่แบบประเมินระดับความเครียด แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดย การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จำนวน 5 รายการ ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความถูกต้องชัดเจนของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ แพทย์ผู้มีความรู้ความชำนาญเกี่ยวกับโรคจิตเวช 1 คน อาจารย์พยาบาล 3 คนและพยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ให้ข้อเสนอแนะพิจารณาความสอดคล้องในด้านต่างๆ จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้จากผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Polit & Hungler, 2006) และปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ รายละเอียด ดังนี้

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินระดับความเครียด แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

จิตเภท แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล และแบบประเมินพลังสุขภาพจิต โดยรวมได้เท่ากับ 0.98, 0.98 ,1.0,1.0,และ 1.0 ซึ่งมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในส่วนที่ 2 และ 3 แบบประเมินระดับความเครียด และแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ดังนี้

**ส่วนที่ 2 แบบประเมินระดับความเครียด**

ข้อที่ 4 เป็นกังวลกับเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน เปลี่ยน เป็น กังวลเกี่ยวกับเรื่องสารพิษ หรือมลภาวะในอากาศ น้ำ เสียง และดิน

ข้อที่ 18 ตั้งสมาธิลำบาก เปลี่ยนเป็น ไม่ค่อยมีสมาธิ

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง**

ข้อที่ 9 ฉันมีแนวโน้มรู้สึกว่าคุณดีเกินจริง โดยรวมแล้วล้มเหลว เปลี่ยนเป็น โดยรวมแล้วฉันมีแนวโน้มจะรู้สึกว่าคุณดีเกินจริง

**รายละเอียดการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบความเที่ยง ดังนี้**

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินระดับความเครียด ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิตพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถนิรันดร์กุล และคณะ(2540) มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับบริบทในการศึกษา แบบวัดนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเครียดเป็นเครื่องมือวัดมาตราส่วนประมาณค่า ตั้งแต่ “ไม่เลย” “เล็กน้อย” “ปานกลาง” “มาก” “มากที่สุด” ผู้ตอบจะได้คะแนน 1 ถึง 5 คะแนน

**เกณฑ์การให้คะแนน**

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

การแปลผล คะแนนจากการประเมินความเครียดของผู้ดูแล จะแบ่งออกเป็นระดับดังนี้

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

**การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)**

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินความเครียด ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำ ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินความเครียดมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.88

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (self esteem) ตามแนวคิด Rosenberg (1980) พัฒนาโดย ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีกุล (2545) มีจำนวน 10 ข้อ มาปรับใช้ให้สอดคล้องกับ บริบทในการศึกษา แบบวัดนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเครื่องมือเป็น มาตรการประเมินแบบเรียงลำดับ (ordinal rating scale) แบบ 4 มาตรการ คือ 1,2,3,4

ข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ ข้อ 1,3,4,7,10 การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง =4    เห็นด้วย=3    ไม่เห็นด้วย=2    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง =1

ข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 2,5,6,8,9 การให้คะแนน

เห็นด้วยอย่างยิ่ง =1    เห็นด้วย=2    ไม่เห็นด้วย =3    ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง =4

การแปลผล

ใช้ค่า Mean บอกค่ากลางของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา กำหนดค่า คือ ค่าสูง กับ ค่าต่ำ

ค่าสูง หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้สูงกว่าค่า Mean

ค่าต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้ต่ำกว่าค่า Mean

**การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)**

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.87

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดย สุภาภรณ์ ทองคารา(2545)จำนวน 26 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ (ข้อ 1,2,4,5,6,7,8,10, 11,12,15,17,18,22,24,25) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ (ข้อ 3,9,13,14,16,19, 20,21,23,26) ปรับจำนวนข้อที่ซ้ำซ้อนให้เหลือ 24 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
ใช่	ได้ 1 คะแนน	ได้ 0 คะแนน
ไม่ใช่	ได้ 0 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

การแปลผล ใช้เกณฑ์ตามระดับคะแนนตามแนวคิดของ จาก สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ และ อุษาวดี จันทรสุนธิ (2537: 46-47) ซึ่งแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

ระดับคะแนนมากกว่า	ร้อยละ 80	มีความรู้ในระดับสูง
ระดับคะแนนระหว่าง	ร้อยละ 51-79	มีความรู้ในระดับปานกลาง
ระดับคะแนนน้อยกว่า	ร้อยละ 50	มีความรู้ในระดับต่ำ

#### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารียวรรณ อ่วมธานี, 2554) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.76

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดยอุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์มี 5 ข้อคือ ข้อ 1-5 การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่ามี 5 ข้อ คือข้อ 6 – 10 การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมี 5 ข้อ คือข้อ 11-15 การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของมี 5 ข้อ คือข้อ 16 – 20 การได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารมี 4 ข้อ คือ ข้อ 21- 24

เกณฑ์การเลือกคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก มากที่สุด ให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ

การแปลผล โดยการหาคะแนนรวมของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างแล้วประเมินคะแนนรวมกับเกณฑ์ดังนี้

คะแนน 24-55 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คะแนน 56-88 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนน 89-120 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

#### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารียวรรณ อ่วมธานี, 2554) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.96

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2549) จำนวน 20 ข้อ แบ่งองค์ประกอบพลังสุขภาพจิต รวม 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่จริง=1 คะแนน, จริงบางครั้ง = 2 คะแนน,ค่อนข้างจริง =3 คะแนน, จริงมาก= 4 คะแนน

เกณฑ์การประเมิน ประกอบ

องค์ประกอบพลังสุขภาพจิต ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ เกณฑ์ปกติ สูงกว่าเกณฑ์ปกติ

1. ด้าน ความทนทานทางอารมณ์ < 27 27-34 > 34

2. ด้าน กำลังใจ < 14 14-19 > 19

3. ด้าน การจัดการกับปัญหา < 13 13-18 > 18

รวมทุกด้าน (RQ) < 55 55-69 > 69

คะแนนรวมทุกด้าน คุณได้ 70 คะแนนขึ้นไป ผลการประเมินสูงกว่าเกณฑ์การแปลผล

ความทนทานทางอารมณ์ (อึด) หมายถึง การมีจิตใจที่ไม่อ่อนไหวง่าย อดทนต่อ

ความ กดดันและมีวิธีจัดการกับอารมณ์ได้

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ <27

เกณฑ์ปกติ 27-34

สูงกว่าเกณฑ์ปกติ>34

ด้านกำลังใจ (ฮิด) หมายถึง มีความมุ่งมั่น ไม่ท้อถอย

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ <14

เกณฑ์ปกติ 14-19

สูงกว่าเกณฑ์ปกติ>19

ด้านการจัดการกับปัญหา (สู) หมายถึง การมีมุมมองทางบวกต่อปัญหา และมี  
แนวทางใน การแก้ไขปัญหา

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ <13

เกณฑ์ปกติ 13-18

สูงกว่าเกณฑ์ปกติ>18

รวมทุกด้าน

ต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ <55

เกณฑ์ปกติ 55-69

สูงกว่าเกณฑ์ปกติ>69

คำแนะนำหลังการทำแบบประเมิน

ค่าคะแนนที่ได้เกณฑ์ปกติ หมายถึง คุณจัดอยู่ในกลุ่มคนที่มี  
พลังสุขภาพจิต RQ ปกติทั่วไป คุณอาจพัฒนาตัวเอง โดยการ แสวงหาความรู้เพื่อเสริมสร้าง  
พลังสุขภาพจิตให้คงอยู่

ค่าคะแนนสูงกว่าเกณฑ์ปกติ หมายถึง คุณจัดอยู่ในกลุ่มคนที่มี  
พลังสุขภาพจิต RQ ดีเยี่ยม ขอให้รักษาศักยภาพด้านนี้เอาไว้

ค่าคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

-ด้านความทนทานทางอารมณ์ หรือ ความอดทนต่อแรงกดดัน(ฮิด )

คุณสามารถพัฒนาศักยภาพด้านนี้ได้โดยฝึกควบคุมอารมณ์ตนเองให้มีสติและสงบ โดย  
เริ่มต้นจากการควบคุมอารมณ์เมื่อเผชิญกับสถานการณ์เล็กๆ น้อยๆ ที่ทำให้เกิดความเครียด  
ความ ผิดหวัง ฝึกหายใจเข้าออกช้าๆ ลึกๆ และคิดถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางใจ

ค่าคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

-ด้านกำลังใจ ( ฮีต ) คุณสามารถพัฒนาศักยภาพด้านนี้ได้โดยคิดถึงสิ่งดีๆ ที่มีอยู่ หมั่นพูดให้กำลังใจตนเอง เช่น เราต้องผ่านพ้นไปได้ ชีวิตย่อมมีขึ้นมีลง คิดถึง โอกาสข้างหน้าหากฝ่าฟันจุดนี้ไปได้

ค่าคะแนนต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ

-ด้านการจัดการกับปัญหาหรือต่อสู้อาชนะอุปสรรค ( สู้ ) คุณสามารถพัฒนาศักยภาพด้านนี้ได้โดย ฝึกคิดและหาทางออกในการแก้ปัญหา เริ่มจาก ปัญหาเล็กๆ น้อยๆ หาทางออกหาข้อดีข้อเสียในแต่ละวิธีการ เลือกวิธีการที่ดีที่สุด และคิดหาวิธีการสำรองไว้เพื่อวิธีที่เลือกใช้ไม่ได้ผล การแก้ไขปัญหาค่าสำเร็จจะช่วยให้คุณเห็นว่าการแก้ไขปัญหามิใช่เรื่องยาก และมีทักษะที่ดีในการแก้ปัญหาได้

### การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability)

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำแบบประเมินพลังสุขภาพจิตที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และปรับการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว นำมาตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินพลังสุขภาพจิต มาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าที่ยอมรับได้คืออยู่ระหว่าง .7 - .8 (DeVellis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2554) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.84

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อถึงผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลสวนปรุง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยส่งโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ให้กับผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวช ทั้ง 4 แห่ง ซึ่งได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์รายละเอียด ดังนี้

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ในวันที่ 14 สิงหาคม 2555

โรงพยาบาลศรีษัษฐัญ ในวันที่ 9 สิงหาคม 2555

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในวันที่ 1 สิงหาคม 2555

โรงพยาบาลสวนปรุง ในวันที่ 1 สิงหาคม 2555

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยนัดหมาย และเข้าพบกับหัวหน้าคลินิกจิตเวชในการเก็บข้อมูลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยรายละเอียด วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

4. นำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบ ถึงสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้เมื่อผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบ ยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาคนละประมาณ 30 – 40 นาที ระยะเวลา ดำเนินการระหว่างวันที่ 2 - 20 สิงหาคม 2555 ส่วนผู้ดูแลที่มองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวก ในการอ่านแบบประเมินผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังจนเข้าใจ

5. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ ทั้งหมด จำนวน 168 ชุด จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้ง 4 โรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล ผู้วิจัย จะขอพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวขอความร่วมมือในการวิจัย โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบเป็น ลายลักษณ์อักษรถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย สิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ การ พิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจง ให้ทราบสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่มีผลต่อ กลุ่มตัวอย่าง หรือต่อการรักษาของแพทย์ พยาบาล ให้สิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองในการ เข้าร่วมการวิจัยตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วม วิจัยแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่าง เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบฟอร์มที่กำหนด

#### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)



ภายหลังได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนด ผู้วิจัยได้ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลไปลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และดำเนินการวิเคราะห์ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Chi-Square

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับและความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินทั้ง 6 ส่วน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชใน 4 ภาค รวม 4 แห่ง ที่สังกัดกรมสุขภาพจิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

**ตอนที่ 1** ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2

**ตอนที่ 2** ศึกษาระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ (%) ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3-4

**ตอนที่ 3** ศึกษาการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 5-7

**ตอนที่ 4** ศึกษาข้อมูลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 8

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และ ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย (n= 168)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	121	72.0
ชาย	47	28.0
อายุ ( $\bar{X} = 46.54$ , $SD = 12.476$ )		
20-29 ปี	15	8.9
30-39 ปี	33	19.6
40-49 ปี	50	29.8
50-59 ปี	48	28.6
60 ปีขึ้นไป	22	13.1
ระยะเวลาในการดูแล (ปี) ( $\bar{X} = 10.17$ , $SD = 8.585$ )		
1-5 ปี	68	40.5
6-10 ปี	45	26.8
11-15ปี	20	11.9
16-20 ปี	22	13.1
20ปีขึ้นไป	13	7.7
สถานภาพสมรส		
โสด	24	14.3
คู่	129	76.8
หม้าย	11	6.5
หย่า	4	2.4

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย (n= 168) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	3.6
ประถมศึกษา	67	39.8
มัธยมศึกษา	39	23.2
อนุปริญญา	8	4.8
ปริญญาตรี	44	26.2
สูงกว่าปริญญาตรี	4	2.4
อาชีพ		
ข้าราชการ	16	9.5
รัฐวิสาหกิจ	5	3.0
บริษัท	16	9.5
รับจ้าง	35	20.8
เกษตรกร/ค้าขาย	83	49.4
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	13	7.7
รายได้		
ไม่มีรายได้	12	7.1
มีรายได้(Median = 10,000)	156	92.9
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 2,000 บาท	25	14.8
2,001-5,000 บาท	27	16.1
5,001-7,500บาท	49	29.2
7,501-10,000 บาท	22	13.1
มากกว่า 10,001-2,0000 บาท	16	9.5
20,001 บาทขึ้นไป	29	17.3

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำแนกตาม เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย (n= 168)(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล		
พ่อ	13	7.7
แม่	46	27.4
พี่	31	18.5
น้อง	25	14.9
สามี	14	8.3
ภรรยา	13	7.7
บุตร	19	11.3
ลุง	1	.6
ป้า	2	1.2
หลาน	4	2.4
การเคยเข้ารับการรักษา		
นอนโรงพยาบาล	106	63.1
ไม่เคยนอน	62	36.9
ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย		
F20.0 (Paranoid schizophrenia)	83	49.4
F20.1(Hebephrenic schizophrenia)	4	2.4
F20.2(Catatonic schizophrenia)	2	1.2
F20.3(Undifferentiated schizophrenia)	40	23.8
F20.4(Post-schizophrenia depression)	3	1.8
F20.5(Residual schizophrenia)	18	10.7
F20.6(Simple schizophrenia)	1	.6
F20.9(Schizophrenia , unspecified)	17	10.1

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72.0 มีอายุเฉลี่ย 46.54 กลุ่มที่มีอายุมากที่สุดเป็นกลุ่ม อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 29.8 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 10.17 ปี

กลุ่มที่มีระยะเวลาดูแลมากที่สุดเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 40.5 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 76.8 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษาที่สุด ร้อยละ 39.8 มีอาชีพเกษตรกร/ค้าขายมากที่สุด ร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ร้อยละ 92.9 มีรายได้เฉลี่ย 17,592.58 บาท และมีรายได้ระหว่าง 5,001-7,500 บาท มากที่สุดร้อยละ 29.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเป็นแม่ ร้อยละ 27.4 ผู้ป่วยเคยเข้าพักในโรงพยาบาล ร้อยละ 63.1 และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ F20.0 (Paranoid schizophrenia) ร้อยละ 49.4

## ตอนที่ 2 ศึกษาข้อมูลระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผลการศึกษา ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำเสนอ ดังตาราง 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 168 คน)

ภาพรวม/ภาค	$\bar{X}$	S.D	ระดับ พลังสุขภาพจิต
<b>รวม 4 ภาค</b>	57.80	7.38	สูง
ด้านความทนทานทางอารมณ์	29.89	4.62	สูง
ด้านกำลังใจ	13.30	2.03	สูง
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.58	2.74	สูง
<b>ภาคเหนือ</b>	60.45	4.53	สูง
ด้านความทนทานทางอารมณ์	31.27	2.78	สูง
ด้านกำลังใจ	13.90	1.57	สูง
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.27	1.95	สูง
<b>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</b>	55.40	6.99	ต่ำ
ด้านความทนทานทางอารมณ์	28.37	4.43	ต่ำ
ด้านกำลังใจ	13.00	2.18	ต่ำ
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.02	2.60	ต่ำ

**ตารางที่ 3** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 168 คน) (ต่อ)

ภาพรวม/ภาค	$\bar{X}$	S.D.	ระดับพลังสุขภาพจิต
<b>ภาคกลาง</b>	57.20	7.15	ต่ำ
ด้านความทนทานทางอารมณ์	29.58	4.35	ต่ำ
ด้านกำลังใจ	13.05	1.94	ต่ำ
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.55	2.69	ต่ำ
<b>ภาคใต้</b>	62.54	8.10	สูง
ด้านความทนทานทางอารมณ์	33.00	8.10	สูง
ด้านกำลังใจ	13.90	1.90	สูง
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.63	2.80	สูง

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภาพรวม และรายภาค พบว่า ภาพรวมมีพลังสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) เท่ากับ 7.38 ผลการวิเคราะห์รายภาค พบว่า ภาคเหนือ ภาคใต้ มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ส่วนภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ

**ตารางที่ 4** ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพลังสุขภาพจิตรายด้าน ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 168 คน)

ภาพรวม/ภาค	$\bar{X}$	S.D.	ปกติ	สูง	ต่ำ
<b>รวม 4 ภาค</b>	57.80	7.38	60.7	3.0	36.3
ด้านความทนทานทางอารมณ์	29.89	4.62	60.1	14.3	25.6
ด้านกำลังใจ	13.30	2.03	23.2	-	76.8
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.58	2.74	65.5	3.6	31.0
<b>ภาคเหนือ</b>	60.45	4.53	81.8	-	18.2
ด้านความทนทานทางอารมณ์	31.27	2.78	86.4	4.5	9.1
ด้านกำลังใจ	13.90	1.57	100.0	-	-
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.27	1.95	81.8	4.5	13.6

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับพลังสุขภาพจิตรายด้าน ของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 168 คน)(ต่อ)

ระดับพลังสุขภาพจิต	$\bar{X}$	S.D.	ปกติ	สูง	ต่ำ
<b>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</b>	55.40	6.99	57.5	-	42.5
ด้านความทนทานทางอารมณ์	28.37	4.43	67.5	2.5	30.0
ด้านกำลังใจ	13.00	2.18	27.5	-	72.5
ด้านการจัดการกับปัญหา	13.00	2.18	62.5	-	37.5
<b>ภาคกลาง</b>	57.20	7.15	52.4	3.6	44.0
ด้านความทนทานทางอารมณ์	29.58	4.35	59.5	10.7	29.8
ด้านกำลังใจ	13.05	1.94	13.1	-	86.9
ด้านการจัดการกับปัญหา	14.55	2.69	57.1	6	36.9
<b>ภาคใต้</b>	62.54	8.10	81.8	9.1	9.1
ด้านความทนทานทางอารมณ์	33.00	4.53	45.5	45.5	9.1
ด้านกำลังใจ	13.90	1.90	27.3	-	72.7
ด้านการจัดการกับปัญหา	15.63	2.80	86.4	-	13.6

จากตารางที่ 4 ภาพรวม 4 ภาค พบว่าระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 7.38 มีระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 ระดับสูง ร้อยละ 3.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 36.3 รายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 29.58 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 4.35 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.1 ระดับสูง ร้อยละ 14.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 25.6 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.30 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2.03 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 23.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 76.8 เมื่อวิเคราะห์รายภาค พบว่า

**ภาคเหนือ** มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 60.45 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 4.53 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.2 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 31.27 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2.78 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.4 ระดับสูง ร้อยละ 4.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.1 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.90 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 1.57 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 100 ด้านการ



จัดการกับปัญหามีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 15.27 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 1.95อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.8ระดับสูง ร้อยละ 4.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.6

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 55.40 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 6.99 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.5ระดับสูง ร้อยละ และระดับต่ำ ร้อยละ 42.5 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 28.37 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 4.43 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 67.5 ระดับสูง ร้อยละ 2.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 30.0 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.00 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.18 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 27.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 72.5 ด้านการจัดการกับปัญหามีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 14.02 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.60 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 62.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 37.5

ภาคกลาง มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 57.20 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 7.15 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 52.4 ระดับสูง ร้อยละ 3.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 44.0 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 29.58 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 4.35 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 59.5 ระดับสูง ร้อยละ 10.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 29.8 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.05 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 1.94 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 13.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 86.9 ด้านการจัดการกับปัญหามีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 14.55 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.69 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.1ระดับสูง ร้อยละ 6.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 36.9

ภาคใต้ มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 62.54 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 8.10 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.8 ระดับสูง ร้อยละ 9.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.1 รายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 33.00 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 4.35 ในระดับปกติ ร้อยละ 45.5 ระดับสูง ร้อยละ 45.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.1 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.90 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 1.90 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 27.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 72.7ด้านการจัดการกับปัญหามีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 15.63 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 2.80 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.6

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคใต้ มีพลังสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ ( $\bar{X}$  =62.54,  $\bar{X}$  =60.45,  $\bar{X}$  =57.20 และ  $\bar{X}$  =55.40)

ตอนที่ 3 ศึกษาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล กับความเข้มแข็งทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) นำเสนอในตาราง 4

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัยอิสระ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value
1. อายุ	.310	.000
2. ระยะเวลาในการดูแล	.070	.364
3. ระดับความเครียด	-.231	.003
4. การเห็นคุณค่าในตนเอง	0.232	.002
5. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.062	.427
6. การสนับสนุนทางสังคม	.146	.059

$p < .05$

จากตารางที่ 5 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ.05

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์ของลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับ  
ผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำเสนอในตาราง 6-8

ตารางที่ 6 ข้อมูลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย  
จิตเภทในชุมชน(n= 168 คน)

ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย	ปกติ	สูง	ต่ำ
<b>รวมทุกลักษณะอาการ</b>	60.7	3.0	36.3
ด้านความทนทานทางอารมณ์	60.1	14.3	25.6
ด้านกำลังใจ	23.2	-	76.8
ด้านการจัดการกับปัญหา	65.5	3.6	31.0
F20.0 (Paranoid schizophrenia)	66.3	3.6	30.1
ด้านความทนทานทางอารมณ์	65.1	14.5	20.5
ด้านกำลังใจ	30.1	-	69.5
ด้านการจัดการกับปัญหา	69.9	6.0	24.1
F20.1(Hebephrenic schizophrenia)	75.0	-	25.0
ด้านความทนทานทางอารมณ์	100.0	-	-
ด้านกำลังใจ	-	-	100.0
ด้านการจัดการกับปัญหา	75.0	-	25.0
F20.2(Catatonic schizophrenia)	-	-	100.0
ด้านความทนทานทางอารมณ์	67.5	2.5	30.0
ด้านกำลังใจ	-	-	100.0
ด้านการจัดการกับปัญหา	100.0	-	-
F20.3(Undifferentiated schizophrenia)	57.5	5.0	37.5
ด้านความทนทานทางอารมณ์	57.5	17.5	25.0
ด้านกำลังใจ	15.0	-	85.5
ด้านการจัดการกับปัญหา	65.0	2.5	32.5
F20.4(Post-schizophrenia depression)	100.0	-	-
ด้านความทนทานทางอารมณ์	33.3	66.7	-
ด้านกำลังใจ	33.3	-	66.7
ด้านการจัดการกับปัญหา	100.0	-	-

ตารางที่ 6 ข้อมูลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน(n= 168 คน) (ต่อ)

ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย	ปกติ	สูง	ต่ำ
F20.5(Residual schizophrenia)	50.0	-	50.0
ด้านความทนทานทางอารมณ์	44.4	11.1	44.4
ด้านกำลังใจ	22.2	-	77.8
ด้านการจัดการกับปัญหา	66.1	-	38.9
F20.6(Simple schizophrenia)	100.0	-	-
ด้านความทนทานทางอารมณ์	100.0	-	-
ด้านกำลังใจ	-	-	100.0
ด้านการจัดการกับปัญหา	-	-	100.0
F20.9(Schizophrenia , unspecified)	47.1	-	52.9
ด้านความทนทานทางอารมณ์	52.9	5.9	41.2
ด้านกำลังใจ	17.6	-	82.4
ด้านการจัดการกับปัญหา	52.9	-	47.1

จากตารางที่ 6 ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ส่วนใหญ่ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 พิจารณารายลักษณะอาการโรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบด้วย F20.0 , F20.1, F20.3, F20.4, F20.6 อยู่ในระดับปกติ ยกเว้น F20.2, F20.9 และ F20.5 มีระดับปกติ และต่ำเท่ากัน

ตารางที่ 7 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน(n= 168 คน)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล	ปกติ	สูง	ต่ำ
รวมความสัมพันธ์	60.7	3.0	36.3
ด้านความทนทานทางอารมณ์	60.1	14.3	25.6
ด้านกำลังใจ	23.2	-	76.8
ด้านการจัดการกับปัญหา	65.5	3.6	31.0
พ่อ			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	46.2	30.8	23.1
ด้านกำลังใจ	23.1	-	76.9
ด้านการจัดการกับปัญหา	84.6	-	15.4
แม่			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	71.7	21.7	6.5
ด้านกำลังใจ	28.3	-	71.7
ด้านการจัดการกับปัญหา	78.3	6.5	15.2
พี่			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	54.8	9.7	35.5
ด้านกำลังใจ	25.8	-	74.2
ด้านการจัดการกับปัญหา	71.0	-	29.0
น้อง			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	48.8	8.0	44.0
ด้านกำลังใจ	20.0	-	80.0
ด้านการจัดการกับปัญหา	40.0	4.0	56.0
สามี			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	57.1	14.3	28.6
ด้านกำลังใจ	14.3	-	85.7
ด้านการจัดการกับปัญหา	50.0	7.1	42.9

;

ตารางที่ 7 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลเกี่ยวกับ  
พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน(n= 168 คน)(ต่อ)

ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย	ปกติ	สูง	ต่ำ
<b>ภรรยา</b>			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	53.8	15.4	30.8
ด้านกำลังใจ	30.8	-	69.2
ด้านการจัดการกับปัญหา	61.5	-	38.5
<b>บุตร</b>			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	63.2	5.3	31.6
ด้านกำลังใจ	10.5	-	89.5
ด้านการจัดการกับปัญหา	57.9	5.3	36.8
<b>อื่นๆ</b>			
ด้านความทนทานทางอารมณ์	100.0	-	-
ด้านกำลังใจ	28.5	-	71.5
ด้านการจัดการกับปัญหา	71.5	-	28.5

จากตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 และพิจารณารายบุคคล พบว่า  
รายความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ

ตอนที่ 4 ศึกษาข้อมูลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล  
เกี่ยวกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์(%) ระหว่างลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่าง  
ผู้ป่วยกับผู้ดูแลเกี่ยวกับพลังสุขภาพจิต (n= 168 คน)

ความสัมพันธ์	$\chi^2$	P-value
1.ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล	.346	.198
2.ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย	.265	.553

$p < .05$

จากตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตพบว่าไม่มี  
ความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ.05 ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล  
พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ.05

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### สมมติฐานทางการวิจัย

1. ระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ในระดับปกติ
2. อายุ ระยะเวลาในการดูแล การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่แตกต่างกัน มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ต่างกัน

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของสมาคมแพทยอเมริกัน(ICD-10) ที่นำผู้ป่วยมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 4 ภาค ใน



แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต รวม 4 แห่ง ดังนี้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ภาคกลาง คือ โรงพยาบาลศรีธัญญา ภาคใต้ คือ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และภาคเหนือ คือ โรงพยาบาลสวนปรุง โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง(Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ดูแลมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปทั้งเพศหญิงและชายที่เป็นบุคคลในครอบครัว ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

2. มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเป็น บิดา มารดา พี่ น้อง บุตรและญาติ เป็นต้น หรือมีความผูกพันทางกฎหมายเป็นสามีหรือภรรยาซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำรงชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใดๆจากการดูแล

3. สามารถเข้าใจภาษาไทย พูดคุยสื่อสารโต้ตอบได้ดี

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

#### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วยข้อความเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินระดับความเครียด ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเครียดของโรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิตพัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ(2540) แบบวัดนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อความจำนวน 20 ข้อ

**ส่วนที่ 3** แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง (self-esteem) ตามแนวคิด Rosenberg (1980) ปรับปรุงแก้ไขพัฒนา โดย ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีกุล(2545) มีจำนวน 10 ข้อ แบบวัดนี้ผู้ดูแลเป็นผู้ประเมินด้วยตนเอง ประกอบด้วยข้อความจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเครื่องมือเป็น มาตรการ ประเมินแบบเรียงลำดับ (ordinal rating scale) แบบ 4 มาตรการ คือ 1,2,3,4 ข้อความทางบวก 5 ข้อ คือ ข้อ 1,3,4,7,10 การให้คะแนนเห็นด้วยอย่างยิ่ง =4 เห็นด้วย=3 ไม่เห็นด้วย =2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง =1 ข้อความทางลบ 5 ข้อ คือ ข้อ 2,5,6,8,9 การให้คะแนน เห็นด้วยอย่างยิ่ง =1 เห็นด้วย=2 ไม่เห็นด้วย =3 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง =4 การแปลผลใช้ค่า Mean บอกค่ากลางของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และกำหนดค่า 2 ค่า คือ ค่าสูง

กับ ค่าต่ำค่าสูง หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้สูงกว่าค่า Mean ค่าต่ำ หมายถึง ค่าคะแนนที่ได้ต่ำกว่าค่า Mean

**ส่วนที่ 4** แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดของ Lefley (1987) พัฒนาโดย สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) จำนวน 24 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 16 ข้อ (ข้อ 1,3,4,5,6,9,10,11,12,14,16,18,21,22,23,24) เป็นข้อคำถามเชิงลบ 10 ข้อ (ข้อ 2,7,8,13,15,17,19, 20)

**ส่วนที่ 5** แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดยอุบลรัตน์ สิงหเสนี (2552) ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ

**ส่วนที่ 6** แบบประเมินพลังสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (2549) จำนวน 20 ข้อ องค์กรประกอบ พลังสุขภาพจิต รวม 3 ด้านได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการกับปัญหา

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ส่วนบุคคลผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง โดยกำหนดประเด็นตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้ค่าความตรง(Content validity) เท่ากับ .90, .90, 1.0,1.0 และ 1.0 ตามลำดับ แล้วนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำไปหาค่าความเที่ยงด้วยการทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน นำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเที่ยงของแบบประเมินดังนี้ แบบประเมินระดับความเครียดเท่ากับ 0.88 แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองเท่ากับ 0.87 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 0.76 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.96 และแบบประเมินพลังสุขภาพจิตเท่ากับ 0.84

#### **การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากโรงพยาบาลจิตเวช 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลสวนปรุง ระหว่างวันที่ 2 - 20 สิงหาคม 2555 รวมระยะเวลาดำเนินงาน 2 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ภายหลังได้ข้อมูลครบถ้วนตามที่กำหนด ผู้วิจัยได้ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลไปลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และดำเนินการวิเคราะห์ กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระยะเวลาในการดูแล สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล การเคยเข้ารับการรักษา และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนใน โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิต โดยใช้สถิติ Chi-Square

### สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าโครงการวิจัย จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 72.0 มีอายุเฉลี่ย 46.54 กลุ่มที่มีอายุมากที่สุดเป็นกลุ่ม อายุ 40-49 ปี ร้อยละ 29.8 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 10.17 ปี กลุ่มที่มีระยะเวลาดูแลมากที่สุดเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 40.5 มีสถานภาพสมรสมากที่สุด ร้อยละ 76.8 ระดับการศึกษาจบชั้นประถมมากที่สุด ร้อยละ 39.8 มีอาชีพเกษตรกร/ค้าขายมากที่สุด ร้อยละ 49.4 ส่วนใหญ่มีรายได้ ร้อยละ 92.9 มีรายได้เฉลี่ย 17,592.58 บาท และมีรายได้ส่วนใหญ่ระหว่าง 5,001-7,500 บาท ร้อยละ 29.2 ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยเป็นแม่ ร้อยละ 27.4 ผู้ป่วยเคยเข้าพักในโรงพยาบาล ร้อยละ 63.1 และลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยที่พบมากที่สุด คือ F20.0 (Paranoid schizophrenia) ร้อยละ 49.4

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับคะแนนพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภาพรวม และรายภาค พบว่า ภาพรวมมีพลังสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) เท่ากับ 7.38 ผลการวิเคราะห์รายภาค พบว่า ภาคเหนือ ภาคใต้ มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ส่วนภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ

จากตารางที่ 4 ภาพรวม 4 ภาค พบว่าระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 7.38 ระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 ระดับสูงร้อยละ 3.0 และระดับต่ำร้อยละ 36.3 รายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 29.58 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 4.35 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.1 ระดับสูง ร้อยละ 14.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 25.6 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.30 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.03 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 23.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 76.8 เมื่อวิเคราะห์รายภาค พบว่า

ภาคเหนือมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 60.45 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 4.53 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.8 และระดับต่ำ ร้อยละ 18.2 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 31.27 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.78 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.4 ระดับสูง ร้อยละ 4.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.1 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.90 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 1.57 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 100 ด้านการจัดการกับปัญหามีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 15.27 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 1.95 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.8 ระดับสูง ร้อยละ 4.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.6

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 55.40 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 6.99 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.5 ระดับสูง ร้อยละ และระดับต่ำ ร้อยละ 42.5 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 28.37 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 4.43 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 67.5 ระดับสูง ร้อยละ 2.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 30.0 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.00 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.18 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 27.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 72.5 ด้านการจัดการกับปัญหามีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 14.02 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.60 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 62.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 37.5

ภาคกลางมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 57.20 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 7.15 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 52.4 ระดับสูง ร้อยละ 3.6 และระดับต่ำ ร้อยละ 44.0 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 29.58 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

(S.D.) 4.35 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 59.5 ระดับสูง ร้อยละ 10.7 และระดับต่ำ ร้อยละ 29.8 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.05 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 1.94 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 13.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 86.9 ด้านการจัดการกับปัญหามีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 14.55 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.69 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 57.1 ระดับสูง ร้อยละ 6.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 36.9

ภาคีได้มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 62.54 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 8.10 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.8 ระดับสูง ร้อยละ 9.1 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.1 รายด้านพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 33.00 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 4.35 ในระดับปกติ ร้อยละ 45.5 ระดับสูง ร้อยละ 45.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 9.1 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.90 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 1.90 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 27.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 72.7 ด้านการจัดการกับปัญหามีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 15.63 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.80 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 86.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 13.6

เมื่อพิจารณาภาพรวม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคีได้มีพลังสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยพลังสุขภาพจิตมากที่สุด รองลงมาภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ ( $\bar{X}=62.54$ ,  $\bar{X}=60.45$ ,  $\bar{X}=57.20$  และ  $\bar{X}=55.40$ )

จากตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ระดับความเครียด การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) จากตารางที่ 5 พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ.05

4.ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาการของโรคผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล โดยใช้สถิติ Chi-Square จากตารางที่ 6 ข้อมูลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน พบว่า

จากตารางที่ 6 ข้อมูลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอยู่ใน

ระดับปกติ ร้อยละ 60.7 พิจารณารายลักษณะอาการ โรคของผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบด้วย F20.0 , F20.1, F20.3, F20.4, F20.6 อยู่ในระดับปกติ ยกเว้น F20.2, F20.9 และ F20.5 มีระดับปกติ และต่ำเท่ากัน

จากตารางที่ 7 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยรวมอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 และพิจารณารายบุคคลพบว่าความสัมพันธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ

จากตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ ( $\chi^2$ ) ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับ.05

### อภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

#### พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาพรวม พบว่า ระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 7.38 ระดับพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.7 ระดับสูงร้อยละ 3.0 และระดับต่ำร้อยละ 36.3 รายงานพบว่าด้านความทนทานทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 29.58 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) 4.35 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 60.1 ระดับสูง ร้อยละ 14.3 และระดับต่ำ ร้อยละ 25.6 ส่วนด้านกำลังใจมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) 13.30 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) 2.03 อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 23.2 และระดับต่ำ ร้อยละ 76.8 เมื่อวิเคราะห์รายภาค พบว่า

เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบภาพรวมกับรายภาค พบว่า จากตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทภาพรวม และรายภาค พบว่า ภาพรวมมีพลังสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) เท่ากับ 57.80 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) เท่ากับ 7.38 ผลการวิเคราะห์รายภาค พบว่า ภาคเหนือ ภาคใต้ มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง ส่วนภาคกลาง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ และหากพิจารณาในรายละเอียด พบว่า ภาคใต้ ภาคเหนือ ภาคกลางและ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคกลาง มีระดับพลังสุขภาพจิต เฉลี่ยตามลำดับ ( $\bar{X}$ =62.54,  $\bar{X}$ =60.45,  $\bar{X}$ =57.20 และ  $\bar{X}$ =55.40) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.8 , 77.3, 60.0, และ 58.3 ซึ่งสูงกว่า

ภาพรวม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กรมสุขภาพจิต(2551)ที่ทำการสำรวจพบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตในระดับปกติ ร้อยละ 85 และการศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น(2552) พบว่าพลังสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าของประชาชนในเขตสาธารณสุขที่10 และ12 ประชาชนมีพลังสุขภาพจิต ร้อยละ61.4 ซึ่งเป็นเรื่องที่เหมาะสมเนื่องจากผู้ดูแลจะต้องรักษาสมดุลให้อยู่ในระดับปกติถึงแม้จะประสบความยุ่งยากในชีวิตก็ตามซึ่งถือว่าเป็นที่พึงอยู่ในบุคคลพร้อมกับประสบการณ์จากการถูกเลี้ยงดูที่มาหล่อหลอมให้อยู่ในลักษณะใดที่เกี่ยวข้อง แต่เรื่องนี้สามารถพัฒนาได้ตามครรลองของชีวิต การฝึกอบรมและพัฒนาสามารถช่วยพัฒนาผู้ที่มีพลังสุขภาพจิตระดับต่ำให้เปลี่ยนสู่ระดับปกติได้

### **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

**อายุกับความพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล** พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 จากการวิจัยที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 40-49 และ 50-59 ปี ที่มีถึงร้อยละ29.8และ 28.6 เป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ50 ซึ่งเห็นได้ว่าอายุช่วงดังกล่าวเป็นช่วงที่ผู้ดูแลต้องรับภาระมาก และต้องใช้พลังสุขภาพจิตระดับสูงในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้อายุที่มากขึ้นของผู้ดูแลส่งผลต่ออรรถภาวะทางอารมณ์ที่สูงสอดคล้องกับงานวิจัยของตันติมา ค้วงโยธา (2553) ที่ทำการศึกษพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี และ 60 ปี ขึ้นไปมีการแก้ไขปัญหาและปรับตัวในการดูแลได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปี และจากการศึกษาของ Polk (1997) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุมากจะมีพลังสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า และนอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทำการซักถามผู้ดูแลรายหนึ่งที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปได้รับข้อมูลว่า “ แรกๆดูแลรู้สึกเสว้า ท้อแท้มาก เครียด และปวดหัว แต่คิดไปอีกทีลูกของเรา จะไปให้ใครเขาก็คงไม่มีใครเอา เลยคิดใหม่ทำให้ความเครียดค่อยๆหายไปจนเป็นปกติ”

**ระยะเวลาในการดูแลกับความพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล** พบว่า ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 10.17 ปี กลุ่มที่มีระยะเวลาดูแลมากที่สุดเป็นระยะเวลา 1-5 ปี ร้อยละ 40.5และไม่มีมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอธิบายได้ว่าผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และสามารถรักษาพลังใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับงานวิจัยของตันติมา ค้วงโยธา(2553) ที่พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 เนื่องจากระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยในระยะแรกๆผู้ดูแลจะมีความเครียดสูง ต่อมาเมื่อการดูแลมีระยะเวลายาวนานมากขึ้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัวได้ และสอดคล้องกับงานวิจัยของมยุรี กลั้ววงศ์(2552) ที่พบว่า

ระยะแรกความเครียดของผู้ดูแลจะสูง แต่เมื่อผ่านพ้นการดูแลไประยะเวลายาวนานมากขึ้น ส่งผลต่อความเครียดน้อยลงเพราะว่าประสบการณ์ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาตนเอง และยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น(ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ,2554)

**ระดับความเครียดกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล** พบว่า ระดับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อธิบายได้ว่าหากผู้ดูแลมีระดับเครียดปานกลาง หรือสูงจะส่งผลถึงพลังสุขภาพจิตลดลงไปด้วยและหากผู้ดูแลมีพลังสุขภาพจิตสูงย่อมไม่มีความเครียดหรือมีความเครียดในระดับต่ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zauszniewski et al.(2011)ที่พบว่าสมาชิกในครอบครัวที่มีผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรง ร้อยละ 6 ต้องอดทนต่อความเครียดมาก มีภาระสูง คุณภาพของชีวิตลดลง และทำให้เสียการทำงานของครอบครัวแต่ก็ยังมีสมาชิกในครอบครัวที่สามารถสร้างพลังสุขภาพจิตที่สามารถเอาชนะตนเองเพื่อดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจให้ทนต่อความเครียดของตนเอง

**การเห็นคุณค่าในตนเองกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล** พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่เห็นคุณค่าในตนเองสูงจะส่งผลให้พลังสุขภาพจิตระดับสูงตามไปด้วยการที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าคุณค่าจะทำให้เกิดความภาคภูมิใจในการดูแลผู้ป่วยของตนเองไม่รู้สึกว่าเป็นเรื่องยากลำบากหรือเป็นภาระ ดังคำพูดของผู้ดูแลที่ว่า “ถูกอาการดีขึ้นกินยาตลอด เปลี่ยนไปเลย และมีความรับผิดชอบมากขึ้นดีใจจริงๆ”สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐปณีย์ ตั้งจิตภักดีกุล(2545) ที่พบว่าประสบการณ์ที่มากขึ้นจะส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้นมีความคิดเห็นเป็นด้านบวกมากขึ้น ทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่น กล้าที่จะเผชิญความเป็นจริง มีกำลังใจ กำลังความคิดที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ได้ดี

**ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล** พบว่า ความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัยส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.9 แม้จะไม่มีระดับการศึกษาที่สูงแต่อาศัยประสบการณ์ในการดูแลที่สำคัญมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้สอดคล้องกับแนวคิด ของ Orem (2001) ที่กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ในชีวิตของผู้ดูแล ซึ่งมาจากการสั่งสมจากระยะเวลาในการเรียนรู้ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งเมื่อวันเวลาผ่านไปทำให้บุคคลได้เรียนรู้ความเป็นจริงมากขึ้นก็คือการดูแลผู้ป่วยนั่นเอง และอีกด้านก็มาจากการประสบการณ์การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทำให้ได้ซึมซับประสบการณ์ต่างๆ และได้เรียนรู้



วิธีการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยจึงเป็นไปได้ว่าความรู้ไม่ได้เกิดจากระดับการศึกษาเท่านั้นแต่เกิดจากประสบการณ์ของบุคคลที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผลจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป ส่งผลดีต่อการรับรู้และสามารถประยุกต์จากประสบการณ์การดูแลที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้นด้วยตนเอง เห็นได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลรายหนึ่งที่เล่าว่า “ครั้งแรกๆ ก็รู้สึกที่เราไม่กล้าทำอะไรกับผู้ป่วยเลย แต่มาเรื่อยๆ นั้นแหละฉันก็ปรับไปเรื่อยๆ จนเข้าที่เข้าทาง คุณถามว่าตอนนี้เขาเป็นอย่างไรควรจะทำอะไรกับเขาบ้าง”

การสนับสนุนทางสังคมกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแล พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตที่ระดับนัยสำคัญ .05 เนื่องจากค่าเฉลี่ยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีพลังสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง( ร้อยละ 57.80) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ดูแลมีพลังความสามารถที่จะยืนหยัดด้วยตนเองมีความมุ่งมั่นที่จะดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจและอยากช่วยเหลือผู้ป่วย แม้จะมีหรือไม่มีสิ่งมาสนับสนุนก็ตามสามารถดำรงชีวิตและให้การดูแลได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นผู้ดูแลมีความพยายามหาสิ่งสนับสนุนด้วยตนเองอย่างเหมาะสมจนไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองต้องพึ่งพาหรือรอรับความช่วยเหลือจากคนอื่น และจากการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลใหญ่ทั้ง 4 แห่งนี้เป็นสังคมเมืองชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ดูแลกับครอบครัวไม่ได้พึ่งพาอาศัยกันเพราะต่างก็มีความรับผิดชอบตามหน้าที่ของตนเอง และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลรายหนึ่งที่ทำให้การดูแลหลานชายกล่าวว่า “พ่อ แม่ เขาไม่เอาเลย เราอยู่ด้วยกัน เห็นแล้วก็ทิ้งไม่ได้สายเลือดเดียวกันแรกๆก็รู้สึกว่าการใช้จ่ายสูงนะ แต่เราเกษียณอายุแล้วก็ช่วยๆกัน ไป และไม่จำเป็นต้องมีใครมาช่วยเราก็สามารถทำได้ ก็เลยไม่ทุกข์ และไม่รอรับความหวังจากใคร”

### ข้อเสนอแนะ

#### การนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรนำเสนอให้ผู้บริหารทราบเพื่อกำหนดเป็นนโยบายของหน่วยงานเข้าสู่กระบวนการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มากยิ่งขึ้น
2. ควรใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลโดยการนำหลักสูตรพลังสุขภาพจิตที่กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาขึ้นไปให้การช่วยเหลือในรูปแบบของการอบรมให้ความรู้ ฝึกปฏิบัติ และมีการประเมินก่อนและหลังการอบรม
3. ควรมีการวางแผนประชาสัมพันธ์เป็นเอกสารหรือการให้ความรู้ผ่านสื่อสารมวลชนท้องถิ่น หอกระจายข่าว และจัดระบบการให้ความรู้อย่างต่อเนื่อง

4. ควรมีการสนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพจิตส่งผ่านความรู้เรื่องพลังสุขภาพจิตสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่องเพื่อลดอัตราการเกิดโรคทางจิตเวช

5. ควรมีการศึกษาเรื่องพลังสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่องเพื่อติดตามผลระยะยาวควบคู่ไปกับการให้กิจกรรมการพยาบาลที่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลเพิ่มพลังสุขภาพจิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความทนทานทางอารมณ์ ด้านกำลังใจ และด้านการจัดการปัญหา

### ด้านปฏิบัติการพยาบาล

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ดำเนินการ 4 ภาค จึงสามารถนำไปเป็นแนวทางให้การส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการกำหนดนโยบายการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนให้ชัดเจน โดยสร้างเป็นแนวปฏิบัติสำหรับหน่วยงานส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชควรวางแผนให้การสนับสนุนทุกด้านทั้งกิจกรรมและข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดโปรแกรมการจัดการความเครียด การจัดการกับปัญหา การลดความทุกข์จากการดูแลผู้ป่วย และให้ความสำคัญกับการสนับสนุนด้านพลังสุขภาพจิตพร้อมทั้งให้การปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

### ด้านการศึกษาวิจัย

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของพลังสุขภาพจิต จึงสามารถนำผลที่ได้จากงานวิจัยไปพัฒนาเป็นโปรแกรมที่เพิ่มพลังสุขภาพจิตให้เหมาะสมกับผู้ดูแล

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเรื่องพลังสุขภาพจิตของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังอื่นๆ

3. ควรศึกษาถึงบทบาทของพยาบาลต่อการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังในระยะต่างๆ ร่วมกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ

## รายการเอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิตกรม. (2547). การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 2 ปี 2546. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต .(2549). การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 ปี 2548 เรื่อง จากหลังคาแดงสู่ชุมชน. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). โปรแกรมประเมินพลังสุขภาพจิต 20 ข้อ และ50 ข้อ.สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). การทบทวนวรรณกรรม เรื่อง การสร้างเสริมความหยุ่นตัวเพื่อรองรับวิกฤตสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องจากสงครามและก่อการร้าย. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต.(2552). เปลี่ยนร้ายกลายเป็นดี :พลังสุขภาพจิต RQ. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต.(2554).สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี : ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. (2546). การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวชในฮ่องกง.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 48(2): 119.
- แก้วตา มีศรี. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา ขาวนอก .(2547).เปรียบเทียบความเข้มแข็งในการมองโลกและวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน .พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กานทร ดานา, อธิษฐาน ชินสุวรรณ.(2554).บทบาทครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง : ฌ ศูนย์สุขภาพชุมชน โนนรัง ตำบลบ้านกู่ อำเภอขามเฒ่าสุราษฎร์ จังหวัดมหาสารคาม .วารสารกองการพยาบาล .ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2554.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2550). กรอบการทำความเข้าใจเรื่องจิตวิญญาณ: แนวคิดและปรัชญาเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพทางจิตวิญญาณ.สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.).
- ไกรวรรณ เจริญกุล. (2539). การจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4(3): 167-178.
- ไกรวุฒิ พงศ์เกษม. (2550). Burnout (ความเหนื่อยล้าในการทำงาน). (ออนไลน์). แหล่งที่มา: สื่ออิเล็กทรอนิกส์ <http://www.pantown.com/board>. [วันที่สืบค้น 1 เมษายน 2555]

- ขวัญจิตร ชัยชวด. (2544). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของ  
ครูในโรงเรียนมัธยมศึกษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์(ศึกษาศาสตร์). กรุงเทพฯ:  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับมารักษาซ้ำใน  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิราพร รักรการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต  
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราภรณ์ ดวงเพชร.(2550).ความสัมพันธ์ระหว่างบุคลิกภาพตามแนวบุคลิกภาพห้าองค์ประกอบ  
และความผูกพันองค์กร(ถันคว่ำอิสระ).หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา  
อุตสาหกรรมและองค์กร คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จีระพรรณ สุริยงค์,ภัทรภรณ์ พุ่มปิ่นคำและชาลินี สุวรรณยศ.(2551).ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่  
บ้านต่อทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.พยาบาลสาร 35,3(กรกฎาคม-กันยายน 2551)
- จริยา วัฒนโสภณ.(2544).ผลการทำกิจกรรมบำบัดต่อความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองและภาวะซึมเศร้าของเด็ก  
วัยรุ่นหญิงที่ถูกทารุณกรรม.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9, 3, (กันยายน 2544):140-146.
- จำลอง ดิษยวณิช และพริ้มเพรา ดิษยวณิช. (2545). ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ.  
เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- เฉลิม วงษ์จันทร์.(2539). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถ  
ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ .วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษา  
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39.
- สุทธิชัย ปานปรีชา.(2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ณิชยา ปรีชญารัตน์.(2550).อำนาจในการทำนายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเครียด และ  
อัตมโนทัศน์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์.วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต  
สาขาวิชาจิตวิทยาการปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย  
โรคจิตเภท.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล  
จิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ดวงรัตน์ แซ่เตียว.(2546).ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ต้นติมา คิ้วโยธา.(2553).การศึกษาและพัฒนาความหุนตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล.ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย)บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เดือนใจ ภักดีพรหม.(2548).ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถวิล นภาพงส์สุริยา และคณะ.(2543). พฤติกรรมการเผชิญความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. วารสารพยาบาล. 49(1): 30.
- ทิสนา เขมมณี. (2546). การพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม และค่านิยม: จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติ.กรุงเทพฯ: เสริมสิน ปริเพรส ซิสเต็ม.
- ธัญญลักษณ์ แสนสุข.(2551).ประสบการณ์การฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่ประสบภัยพิบัติสึนามิ.วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร.(2552).การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเปล่งยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา.ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อการและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นिरาศศิริ โรจนธรรมกุล.(2535).ผลการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มที่มีต่อการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองของสตรีในสถานสงเคราะห์หญิงบ้านเกร็ดตระการ.วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นริศรา หวนนิช.(2552). การศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาวรรณ สามารถกิจ.(2550).ความเครียดในบทบาทผู้ดูแลและรางวัลที่ได้รับจากการดูแลของญาติผู้ดูแลกรณีศึกษาการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย .ปริญญาดุษฎี (การพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ. (2540). **เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย.**  
พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปริดาปริสุทธิ. (2549). **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ :  
จามจุรีโปรดักท์. 512 หน้า.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนาถ สุวลักษณ์. (2547). **ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วย**  
**โรคจิตเภทเรื้อรัง.** วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(3): 143.
- ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม.(2544). **ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่**  
**มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พกาสรณ์ อุไรวรรณ. (2554). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของประชาชนในเขตจังหวัด**  
**สุราษฎร์.** พิมพ์ครั้งที่ 1. กระทรวงสาธารณสุข. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี.
- พลดีศักดิ์ จันทราทิพย์.(2553). **ปัจจัยทำนายความเครียดในการดูแลเด็กออทิสติกของมารดา.**  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์.(2531). **ศาสตร์การดูแล : กระจกของวิชาชีพพยาบาล.** สารสภากาพยาบาล.3-9: 22.
- พัชรินทร์ อรุณเรือง. (2545). **ผลของการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่ม ต่อความสามารถในการ**  
**ฟื้นฟู และกลวิธีการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตอนต้น.** วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (จิตวิทยาการปรึกษา).  
กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์. (2546). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะเชิงปรนัยในการดูแล ความ**  
**เข้มแข็งของครอบครัว ความหวัง กับความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท**  
**โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.** ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, บรรณาธิการ. (2552). **ตำราโรคจิตเภท.** สงขลา :  
ซานเมืองการพิมพ์.
- เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญวิชชัย และชนกพร จิตปัญญา (2547). **ตราบาปการรับรู้ผลกระทบ**  
**ของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว.** วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 18,  
1 (ม.ค.-มิ.ย. 2547) 1-9.
- ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ และคณินิจ ไชยลังการณ. (2546). **รายงานการวิจัย เรื่อง ประสบการณ์**  
**การดูแล ปัญหาและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลเด็กออทิสติก.** เชียงใหม่: คณะพยาบาล  
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และ พรชัย พงศ์สงวนสิน. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช ตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 9 (3): 113-127.
- มยุรี กลับวงษ์. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล. ปรินญาวิทยาศาสตร์คุษภักดิ์บัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มานิต ศรีสุกานนท์ และ จำลอง คิชยวณิช . (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์.เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มานิช หล่อตระกูล. (2547). โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. ใน จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2552). โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ.ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยอดสร้อย วิเวกรรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2539). แนวคิดในการให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลศาสตร์ 14 (1): 43-52.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2542). ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติ การพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 : 1-9.
- รัชณี ศรีหิรัญ. (2544). ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชฎา ธรรมน้อย.(2548).การสนับสนุนทางสังคมและสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ที่มารับบริการในโรงพยาบาล.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชณีกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.(2552).การศึกษาหลังสุขภาพจิตและโรคซึมเศร้าของประชาชนใน เขตสาธารณสุขที่10 และ12.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. ขอนแก่น.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2551). สุขภาพจิตศึกษา. การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมในผู้ป่วย จิตเภท : ชุดความรู้:นนทบุรี.
- วรกษ นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต จิตวิทยา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.

- วารงรัตน์ ทะมั่งกลาง. (2545). การศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. เอกสารประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545: สุขภาพจิตกับยาเสพติด: หน้า 192.
- วรรณภา สิทธิปาน.(2549).ปัจจัยทำนายสุขภาพทางจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี.พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รารวรรณ ขจรธรรมเสนี. (2537). การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยทางจิต. ม.ป.บ.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. การค้นคว้าแบบอิสระหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิไล คุปต์นริตติศัยกุล.(2543).การประเมินสุขภาพจิตผู้ป่วย โดยใช้แบบทดสอบ General Health . คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, มหาวิทยาลัยมหิดล.สารศิริราช.ปีที่ 52, ฉบับที่ 10, ตุลาคม, 2543, หน้า 647-654.
- วีณา บุญแสง.(2544).ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเห็นคุณค่าตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดกับผลการปฏิบัติงานของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต(จิตวิทยาอุตสาหกรรม).บัณฑิตวิทยาลัย.มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศรีสุดา วานลีสิน และคณะ. (2546). ปัญหาทางอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 11(3): 125-126.
- ศิริพันธ์ สาตย์. (2546). แนวทางการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 13(5): 1-11.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สมคิด ตีร์ราภิ. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมคิด อนันต์ปฏิเวช,วิภา เฟื่องแสงยม และจันทร์เพ็ญ อัครสถิตานนท์.(2554).การศึกษาเปรียบเทียบพลังสุขภาพจิตก่อนและหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา. การพยาบาลและการศึกษา. ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม- เมษายน: หน้า 38-51.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2545). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.สร้างสุขให้กับสภาพจิตของคนไทย. (2550, 18 มีนาคม). เคลินิวส์. 3.



- สมภพ เรื่องตระกูล. (2554).ตำราประสาทจิตเวช.กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์, 2554.  
พิมพ์ครั้งที่ 1. 350 หน้า.
- สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. (2537). การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง: มโนมติสำคัญสำหรับการดูแล.  
ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุนิพัช เปรมอมรกิจ. (2543). องค์ลักษณะของพลังเข้มแข็งและสร้างสรรค์ในนักเรียนที่มีผลการ  
เรียนเฉลี่ยต่ำกว่าระดับ “พอใช้”: การศึกษากลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ของโรงเรียน  
มัธยมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาการปรึกษา).  
กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ถ่ายเอกสาร.
- สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.(2536).การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (THE ICD 10).ฉบับภาษาไทย.  
(2536, มีนาคม).
- สุทธิรัตน์ อุทัย.(2550). การศึกษาการใช้กลุ่มส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการ แสดงออกทาง  
อารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลห้วยกระเจา.วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต  
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท  
ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). รายงานการวิจัยเรื่อง  
การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง.
- เสาวลักษณ์ โปธา.(2549).บทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กรณีศึกษา:ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ  
คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลยะลา อำเภอเมือง จังหวัดยะลา.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา.มปท:  
มปพ.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549).การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ ฯ.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์  
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ดวงจันทร์ และคณะ.(2554). การประเมินประสิทธิผลของกลุ่มการจัดการกิจกรรมการเสริมสร้างพลัง  
ชีวิต สู้ในชุมชน.สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- อภิชัย มงคล และคณะ.(2546). การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. วารสารจิตเวช ขอนแก่น  
ราชชนรินทร์. 5 (3): 15.
- อภิชัย มงคล และคณะ.(2551) การศึกษาสุขภาพจิตคนไทยปี พ.ศ.2550. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น  
ราชชนรินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

อารีวรรณ อ่วมธานี.(2554).การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์แห่ง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.**  
วิทยานิพนธ์ พย.ม. (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.

อัศวิน นาคพงศ์พันธุ์.(2554).ผลของโปรแกรมเตรียมความพร้อมในการดูแลต่อความเครียดของผู้ปกครอง  
เด็กออทิสติกในสถาบันพัฒนาการเด็กราชนครินทร์ จังหวัดเชียงใหม่.วารสารสวนปรุง ปีที่ 27  
ฉบับที่2 พฤษภาคม-สิงหาคม 2554 : หน้า8 -11.

### ภาษาอังกฤษ

Achthara Kittivongvisut. (2001). **Relationships Between Resilience Factors, Perceived of**  
Adversities and Risk Behaviors in Vocational Student. Thesis, Master of Nursing Science  
(Community Health Nursing). Bangkok: Mahidol University. Photocopied.

Aiken, Lewis R. (2003). **Psychological Testing and Assessment.** 11th. ed. Boston:Allyn and  
Bacon.

Allister,Margaret Mc;Lowe,John B.(2011).**The Resilient Nurse Empowering Your Practice.**  
Springer Publishing Company.New York.

American Psychological Association.(2004). **The Road To Resilience.** Retrieved  
March 2, 2007, from <http://www.apahelpcenter.org/featuredtopics/feature.php>.

Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J.(1986). **Schizophrenic and the family:**  
**A Practitioner's guide to psychoeducation and management.** New York:  
Guilford Press.

Antonovsky, A.(1973). The Utility of the Breakdown Concept. **Journal of Social Science**  
**and Medicine.** 7:605-612.

Antonovsky, A.(1979). **Health, stress, and coping.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A.(1987). **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay**  
**well.** San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Antonovsky, A. & Sourani, T. (2003). **Family sense of coherence and family adaptation.** In P.  
Boss.(1988). **Family stress: Classic and contemporary readings** (pp. 3-18). Thousand  
Oaks, CA: SAGE Publications. (Reprinted from Journal of Marriage and the Family, 50,  
pp. 79-92.

- Bonanno, G. A.(2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events. **American Psychologist**. 59: 20-28.
- Bauman, Sheri.; Adam, J. Harrison.; & Waldo, Michael.(2001). Resilience in the Oldest-Old., **Counseling and Human Development**. 2(34): Retrieved May 15, 2007, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark> Corey,
- Cobb, S. (1976). "Social Support as a Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. **Schizophrenic Bulletin**. 6(3): 490-505.
- Coopersmith Makay and Gaw.(1981).**The Antecedent of Self-Esteem**.(2nd).California.Consulting Psychology Press Inc.
- Cohen, S. & Wills, T.A.(1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. **Psychological Bulletin**. 98: 310 – 357.
- Cromer, Janet M .(2011).**Brain Injury Caregivers- Revitalize Resilience through Mind Body Health**. Associate Professor, Harvard Medical School.
- Comrey, A.L; & Lee, H.B.(1992). **A First Course in Factor Analysis** (2nd). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associated.
- Dangdomyouth, P.(2006). **Family Caregiving Process for A person with Schizophrenia**. A Dissertation of Doctor of Philosophy Program in Nursing Science. Chulalongkorn University.
- Dangdomyouth P, Stern PN, Oumtanee A, Yunibhand J. 2008.Tactful monitoring: how thai caregiversmanage their relative with schizophrenia at home. **Issues Ment Health Nurs.**;29(1):37-50.
- Davis,L.L.(1992). Building a science of caring for caregiver. **Family & Community Health**. 15(2):758 – 776.
- Davis, Nancy J.(1999). **Resilience Working Paper: Status of the Research and Research-based Programs**. [ Online ] Available from : <http://mentalhealth.samhsa.gov/schoolviolence/5-28Resilience.asp>. [วันที่สืบค้น 23มกราคม 2555]
- Hamell ,AL et al.(2011).**A review of the psychobiology of dementia caregiver : a focus on resilience factors** .PubMed.June;13(3):219-24.
- Horowitz AV, Reinhard SC.(1995). Ethnic differences in caregiving duties and burdens among parents and siblings of persons with severe mental illnesses. **J Health Soc Behav** 1995; 36 : 138-150.

- Gahagan et al.(2004).Caregiver Resilience and the Quest for Balance.**A Report on Findings from Focus Groups.**
- Gerald. (2001). **Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy.** 6<sup>th</sup> ed. USA: Thompson Learning.
- Grotberg ,(2004).**Children and Caregivers: The Role of Resilience.** Presented at the International Council of Psychologists (ICP) Convention Jinan, China, July, 2004.
- Gunnestad ,Arve et al.(2006).**Resilience in Minorities .**Queen Maud University College, Trondheim, Norway Bokamoso Educational Trust, Gantsi, Botswana.
- Goldenberg, Irene; & Goldenberg, Herbert.(2004). **Family Therapy: An Overview.** 6th ed. USA: Thompson Learning.
- Goldenberg, Mark.(2004). Social Innovation in Canada: How the non-profit sector serves Canadians ... and how it can serve them better. Ottawa: **Canadian Policy Research Networks.**
- Gunnestad, Arve.(2006). **Resilience is A Cross-Cultural Perspective:** How resilience is generated in different cultures. Journal of Intercultural Communication. from <http://www.immi.se/intercultural/nr11/gunnestad.htm> [วันที่สืบค้น 1 เมษายน 2555]
- Heru, Alison et al.(2011). Developing Family Resilience in Chronic Psychiatric Illnesses. LICSW, **MSWMEDICINE & HEALTH/RHODE ISLAND .** VOL. 94 No. 2 FEBRUARY 2011 University of Pennsylvania Scholarly Commons.
- Johnson, Judith et al.(2011). **Resilience to suicidality:** The buffering hypothesisSchool of Psychological Sciences.2nd Floor Zochonis Building, University of Manchester, Oxford Road, Manchester, M139PL, UKClinical Psychology Review 31 563–591.
- Kane, J.M., and Marder, S.R. (1993).Psychopharmacologic treatment of schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin,** 19(2):287-302.
- Keks N, Mazumdar P, Shields R.(2000). **New developments in Schizophrenia.** Australian Family Physician. 29: 129-31,135-6.
- Klohn, E. C.(1996).Conceptual analysis and measurement of the construct of ego-resiliency. **Journal of Personality and Social Psychology,** 70, 1067–1079.
- Kumpfer Karol L.(1999).**Factors and Processes Contributing to ResilienceThe Resilience Framework.**Resilience and Development: Positive Life Adaptations, edited by Glantz and Johnson. KluwerAcademic/Pienum Publishers, New York, 1999.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S.(1984).**Stress, Appraisal and Coping**. New York:Springer.
- Lynn ,Crystal& Lane, Duncan.(2011).**Tracing the Pink Ribbon: Development of a Family Resilience Measure**. the degree of Doctor of Philosophy In Human Development.Virginia Polytechnic Institute and State University.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S.(1984).**Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer.
- Lefley, H.P. (1987). 'Impact of mental illness in families of mental health professionals' **Journal of Nervous and Mental Disease**, 175: 613-619.
- Leininger.(1991).Cultural care diversity and universality : **A Theory of Nursing** .  
New York: Natural league for nursing.
- Levy, Judith M.(2003).**AAMR Promoting Family Health and Resilience: AAMR Promotes Progressive Policies, Sound Research, Effective Practices, and Universal Human Rights for People with Intellectual Disabilities**. *The Exceptional Parent*. 2(33):  
Retrieved May 15, 2007, from  
<http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>.  
[วันที่สืบค้น 1 เมษายน 2555]
- Mc Cubbin, Hamilton I. et al.(1999).**The Dynamic of Resilient Families**. California:Sage Publications, Inc.
- Maneerat ,Sonthaya et al.(2011).A conceptual structure of resilience among Thai elderly International **Journal of Behavioral Science** Copyright by Behavioral Science Research Institute , Vol. 6, No.1, 24-40.
- Masten, Ann S.(2009). **Ordinary Magic: Lessons from Research on Resilience in Human Development**. Education Canada. 3(49): 32.
- NIMH.(2007).**Schizophrenia**. [serial online] 2007. Available from:  
<http://www.nimh.nih.gov/publicate/schizosph.cfm>. Accessed Mar 15,2007.
- Orem., D.E.(2001). **Nursing concept of practice**.(6th ed.) St. Louis : Mosby Year Book.
- Orem, D.E.(1991).**Nursing concept of practice**. 4 ed. Louis: Mosby-year book.
- Ory, M., Hoffman, R., Yee, J., & Schulz, R.(1999). **Prevalence and impact of caregiving: A detailed comparison between dementia and nondementia caregivers**.  
*Gerontologist*, 39, 177-185.
- Pervin, Laurence A. and John, Oliver P.(2001).Personality. **Theory and research**.  
John Wiley & Sons, Inc., New York.

- Picardi, Anlo, et al.(2011). **Reliability of Self- Reported Attachment Style in Patients With Severe Psychopathology** . pages 491- 499 .
- Polk, Laura V.(1997).Toward a Middle-Range Theory of Resilience. **Advances in Nursing Science**.
- Pope AW, Mchale SM, Craighead WE.(1980).**Self-esteem enhancement with children and adolescents**. New York.
- Rafiyah Imas, et al.(2011).Review: Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia and Its Related Factors. **Nurse Media Journal of Nursing**, 1,1, January, 29 – 41.
- Reivich, Karen; & Shatte, Andrew.(2002).**The Resilience Factor**. New York: Random House.
- Resilience. (2006). **Havard Mental Health Letter**. Retrieved May 15, 2007, from <http://www.infotraccollege.Thompsonlearning.com/itw/infomark>. [วันที่สืบค้น 1 เมษายน 2555]
- Roland, Catherine B.(2006).On Human Resilience: Our Role as Counselors. **Adult span Journal**.
- Robert V. Kail, John C. Cavanaugh.(2008).**Human Development: A Life-Span View**. Cengage Learning, 2008 - Psychology - 735 pages.
- Rochell L.C.(1987).Community Care of the Chronically Mentally Ill. **Journal of Psychosocial Nursing**. 25(1):33-37.
- Rungreangkulkij, Somporn and Gilliss, Catherine L.(2000).Conceptual Approaches to Studying Family Caregiving for Persons With Severe Mental Illness. **Journal of Family Nursing**, 341-366.
- Sadock, B.j., & Sadock, V.A.(2003).**Kaplan & Sadock, s Synopsis of Psychiatry Behavioral Science/ Clinical Psychiatry**.(9ed). Phialadelphia: Williums & Winkins.
- Scazufca M.; & Kuipers E.(1999).Coping strategies in relatives of people withschizophrenia before and after psychiatric admission. **The British Journal of Psychiatry**. 174:154-158.
- Scott ,Cathy B.(2010).**Alzheimer's Disease Caregiver Burden: Does Resilience Matter?**. A Dissertation Presented for the Doctor of Philosophy Degree The University of Tennessee, Knoxville.
- Selye, Hans.(1956).Stress : **The physiology and pathology of exposure to systemic stress**. 2nd ed. New York : McGraw-Hill.

- Sharf, Richard S.(2000).**Theory of Psychotherapy & Counseling: Concepts and Cases.** United States of America: Wadsworth Inc.
- Sherman, Michelle D.(2003).**The Support and Family Education Program.** Retrieved September 27, 2007, from <http://www.w3.ouhsc.edu/safeprogram>
- Shimitzutani Masahiro, Odagiri Yuko, Ohya Yumiko; et al. (2008). **Relationship of Nurse Burnout with Personality Characteristics and Coping Behaviors.** *Industrial Health.* 46:326 – 335.
- Siebert, Al.(2007).**Caregiver Resiliency.** Retrieved March 2, 2007, from <http://www.resiliencenter.com/articles/caregive.shtml> and Its Related Factors. **Nurse Media Journal of Nursing**, 1,1, January, 29 – 41.
- Selye, Hans.(1956).**Stress : The physiology and pathology of exposure to systemic stress.** 2nd ed. **New York : McGraw-Hill.**
- Siebert.(2007).**Training Courses Development of the Resilience Training Program and Feedback.** **Prevention Magazine.**
- Spradley,Barbara Walton.(1986).**Reading in Community Health Nursing.**Little,Brown and Company.Boston Toronto.
- Steinhardt, M.A., & Dolbier, C.L. (2008). Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. **Journal of American College Health**, 56 (4), 445-453.
- Subgranon,R., & Lund,D.(2000).Maintaining Caregiving at Home: A Culturally Sensitive Grounded Theory of Providing Care in Thailand. **Journal of Transcultural Nursing.** 11(3): 166-173.
- Sujitra Somchit.(1998).The Relationships Between Resilience Factors,Perceived of Adversities Negative Behavior, and Academic Achievement of 4th to 6th Grade Children in Thad-Thong, Chonburi, Thailand. **Thesis, Master of Nursing Science** (Community Health Nursing). Bangkok: Mahidol University. Photocopied.
- Sunpaweravong F,Iraporn et al.(2010) Expressed Emotion of Family Caregivers of Persons with Schizophrenia: A Study in a Southern Province of Thailand.**Thai J Nurs Res**; 11 (3) 188 – 202.

- Suro, Giulia.(2011).Ethnic/Racial Differences in the Experience of Burden and Psychological Outcomes for Caregivers of Patients with Schizophrenia: **the Influence of Family Cohesion And Interdependence University of Miami**Scholarly Repository Submitted to the Faculty, Florida .
- Takviriyannun ,**Nidtya** et al.(2007).How do Environmental Risks and Resilience Factors Affect Alcohol use among Thai Adolescents.**Thai Journal of Nursing Research** 11, 3.( July - September 2007).
- Taylor, C.M.(1994). **Essential of Psychiatric Nursing**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Thapanee ,Thangjitpukdesakul.(2002).FACTORS RELATED TO SELF-ESTEEM AND HOPLESSNESS AMONG JUVENILE DELINQUENTS IN THE CENTRAL OBSERVATION AND PROTECTION CENTER.A Thesis Submitted In Patial Fulfillment Of The Requirement For The Degree Master Of Science Faculty Of Graduate Syudies Mahidol University
- Thompson, Elizabeth A.(1999).**Resiliency in Families With a Member Facing AIDS**. In The Dynamic of Resilient Families. McCubbin, Hamilton I.; et al. pp. 135-158. California: Sage Publications.
- Thompson, Rosemary A.(2003). **Counseling Techniques: Improving Relationships with Others, Ourself, Our Families and Our Environment**. 2nd ed. New York: Brunner-Routledge.
- Tusaie, Kathleen.; Puskar, Kathrym.; & Sereika, Susan M. (2007). A Predictive and Moderating Model of Psychosocial Resilience in Adolescents. **Journal of Nursing Scholarship**. 3(33): Retrieved May 15, 2007.
- Vahia IV, Depp CA, Palmer BW, Fellows I, Golshan S, Thompson W, Allison M, Jeste DV.(2011). Correlates of spirituality in older women. Sam and Rose Stein Institute for **Research on Aging**, University of California, San Diego, La Jolla, 92093, USA.
- Watson, J.(1985).**The Philosophy and Science of Caring**. 2nd ed. New York : Colorado Associated University Press.
- Watson, J. (1989). Watson philosophy and theory of human caring in nursing. **In Concept Models for Nursing Practice**. pp.219 – 236. Edit by J.P.Riehl-Sisca. Connecticut : Appleton & Lange.
- Wolf, Z.R.(1986).The caring concept and nurse identified caring behaviors. Topics in Clinical Nursing. 8: 84 - 89.



World Health Organization.(1992).**The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral**

**Disorders:** Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Switzerland : World Health Organization.

World Health Organization.(2001).**Schizophrenia:** Youth's Greatest Disabler-A disabling disease. P26. Health Organization : Region Office for South-East Asia.

Yanos, P.,T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H.(2008).Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. **Psychiatric Services**, 59(12), 1437-1442. PMID: 19033171.

Yee, B .H .(1981).The Dynamics and Management of Burnout. **Nursing Management**.12: 14

Zauszniewski, Bekhet & Suresy.(2011). Resilience in Family Members of Persons with Serious Mental Illness. **Nursing Clinics of North America**, Volume 45, No. 4.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางเทียนทอง หาระบุตร เกิดเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2500 ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานวิชาการสุขภาพจิต ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 กรมสุขภาพจิต จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและผดุงครรภ์ชั้นสูงจากวิทยาลัยพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ ปี 2521 จบการศึกษาพัฒนาบริหารศาสตรมหาบัณฑิตทางสถิติประยุกต์ สาขาประชากรศาสตร์ คณะสถิติประยุกต์ จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์(นิด้า) 2535 ปัจจุบันเข้ารับการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย