

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS RELATED TO BURNOUT OF SPOUSES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS



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

Field of Study of Nursing Science

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภท
โดย	น.ส.อภิวาท ศรีกาสิ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตน์ศิริ ทาโต)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

อภิวาท ศรีภักสี : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท. ( FACTORS RELATED TO BURNOUT OF SPOUSES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต ด้านผู้ป่วยเป็นอาการทางบวก และอาการทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานคร โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพของคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้ตราบาป แบบประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท และแบบประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และคำนวณค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .85, .94, .92, .75, .94, .98, .89 และ .82 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบทีและสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า

1. ระดับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ (Mean=11.02, SD=10.83) ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=6.36, SD=8.06) และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง (Mean=13.45, SD=9.64)
2. สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.450$ ) และ  $-.154$  ตามลำดับ)
3. อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .305$ )
4. อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .509$ )
5. ภาวะการดูแลผู้ป่วยและการรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .779$  และ  $.711$  ตามลำดับ)
6. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .819$ )
7. เพศและระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา                      พยาบาลศาสตร์  
ปีการศึกษา                    2565

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 6077186536 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: ADD BURN OUT, SPOUSES, SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Apiwart Srikasi : FACTORS RELATED TO BURNOUT OF SPOUSES OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. Advisor: Asst. Prof. Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.

The purposes of this descriptive correlation research were to investigate 1) the level of burnout among spouses of schizophrenic patients 2) the relationships between spouses' factors including sex, duration of caring patient, relationship between patient and spouse, stress, social support, burden of patient care, affiliate stigma among spouse, and schizophrenic patients' factor including negative symptoms and positive symptoms among burnout of spouse of schizophrenic patients. The sample was selected using simple random sampling, 180 spouses of schizophrenic patients who undergoing treatment in a psychiatric hospital and tertiary hospital with a psychiatric outpatient department in Bangkok and met inclusion the criteria. The research instruments were demographic questionnaires, Maslach Burnout Inventory, Perceived Stress Questionnaire, Marital Adjustment Test, Spouse burden scale, Social support questionnaires, Affiliate stigma scale, and Positive and Negative Syndrome scale. All instruments were tested for content validity by 5 professional experts and analyzed by using Cronbach' s Alpha Coefficient. The reliability of these questionnaire were .85, .94, .92, .75, .94, .98, .89 and .82 respectively. Data were analyzed using Frequency, Percentile, Mean, Standard Deviation, Independent T-test, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Major findings were as follows:

1. The level of Burnout of spouses of schizophrenic patients in emotional exhaustion was at a low level (Mean=11.02, SD=10.83), the depersonalization subscale was at a moderate level (Mean=6.36, SD=8.06), and the perceived personal accomplishment subscale was at a high level (Mean=13.45, SD=9.64).
2. The relationship between the patients and spouses, and social support were negative significantly at low level related to burnout of spouses of schizophrenic patients at the .05 level ( $r = -0.450$ ) and  $-.154$  respectively)
3. Negative Syndrome were positive significantly at low level related to burnout of spouses of schizophrenic patients at the .05 level ( $r = .305$ )
4. Positive Syndrome were positive significantly at a moderate level related to burnout of spouses of schizophrenic patients at the .05 level ( $r = .509$ )
5. Spouse burden, and affiliate stigma were positive significantly at high level related to burnout of spouses of schizophrenic patients at the .05 level ( $r = .779$  and  $.711$  respectively)
6. Stress was positive significantly at very high level related to burnout of spouses of schizophrenic patients at the .05 level ( $r = .819$ )
7. Sex, and duration of care was not correlated to burnout of spouses of schizophrenic patients

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2022

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยความกรุณาอันอย่างยิ่งของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ผู้ซึ่งให้โอกาส ช่วยแนะนำแนวทางในการจัดการอุปสรรคต่างๆ ในการทำวิจัย ให้พลังและกำลังใจที่สำคัญในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นผู้ที่อยู่เคียงข้างผู้วิจัยมาโดยตลอด อีกทั้งได้รับความกรุณาจากคณาจารย์อีกหลายท่านที่ให้ประสบการณ์ความรู้ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการแก้ปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ในการทำวิทยานิพนธ์จนสามารถบรรลุวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยในครั้งนี้ด้วยความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจนิสิตตลอดมา ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และศาสตราจารย์ ดร.ธีระ สิ้นเดชารักษ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้และให้ข้อเสนอแนะแนวทางต่างๆ อันเป็นประโยชน์ต่อผู้วิจัยในการพัฒนาตนเอง รวมทั้งให้ความห่วงใยและกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิและให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี ขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์-สมเด็จพระยา และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร ฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชทั้ง 2 แห่ง พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ ตลอดทั้งช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยโรคจิตเภท คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท และครอบครัวของผู้ป่วยทุกท่านที่เห็นความสำคัญ สละเวลาและให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจนลุล่วงไปด้วยดี

กราบขอบพระคุณบิดา มารดา น้องสาว และญาติพี่น้องทุกท่าน รวมถึงคุณศุภกิจ โพธิ์โชติ ที่คอยให้กำลังใจ และคอยช่วยเหลือสนับสนุนผู้วิจัยหลายอย่าง ด้วยความรัก ความห่วงใย ขอขอบคุณคุณประพิศ วิริโยทัย ผู้จัดการหอผู้ป่วยใน 5B โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท และเพื่อนร่วมงานในแผนก5Bทุกคน ที่ช่วยเหลือดูแล เสียสละในการทำงาน ให้ผู้วิจัยได้สามารถจัดสรรเวลาในการศึกษาต่อได้อย่างไม่ติดขัดเสมอมา

คุณค่าและคุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา คู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท กัลยาณมิตรและผู้มีพระคุณทุกท่านจากใจ

อภิภาท ศรีกาสิ

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ช
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย .....	6
คำถามการวิจัย .....	6
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	6
สมมติฐานการวิจัย .....	8
ขอบเขตการวิจัย .....	9
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	12
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท .....	13
2. คุณชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท.....	25
3. ความเหนื่อยหน่าย .....	30
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายในคุณชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท .....	34
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	47
6. กรอบแนวคิดการวิจัย .....	50

บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	51
การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	54
ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล .....	65
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	67
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	80
สรุปผลการวิจัย.....	84
อภิปรายผลการวิจัย.....	86
ข้อเสนอแนะ .....	91
บรรณานุกรม.....	92
ภาคผนวก.....	103
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	104
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย .....	106
ภาคผนวก ค การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .....	115
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	118
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของกลุ่ม ตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย .....	133
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	150
ประวัติผู้เขียน.....	154



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล .....	53
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และอาชีพของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (n=180) .....	69
ตารางที่ 3 ผลคะแนนค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (n=180) .....	70
ตารางที่ 4 ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคู่ชีวิต (n=180) .....	72
ตารางที่ 5 ระดับความเครียดของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180).....	72
ตารางที่ 6 การสนับสนุนทางสังคมของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180) .....	73
ตารางที่ 7 ภาระการดูแลผู้ป่วยของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180).....	73
ตารางที่ 8 การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180).....	74
ตารางที่ 9 อาการทางบวกของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180).....	74
ตารางที่ 10 อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180).....	75
ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180).....	75
ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180).....	77

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีลักษณะของความผิดปกติในการคิด (Thinking) การรับรู้สัมผัส (Perception) และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่อับ (Inappropriate or blunted affect) เป็นโรคทางจิตเวชที่เรื้อรังและรุนแรง มักมีอาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การทำงาน การดูแลสุขอนามัยของตนเอง รวมทั้งความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก ซึ่งเมื่อเป็นโรคนี้อาจจะไม่สามารถหายเป็นปกติเหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้กำหนดนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงเท่านั้น และให้มีระยะเวลาการพักรักษาตัวที่โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2559) ประกอบกับการให้ผู้ป่วยได้กลับไปยังครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดีกว่าการอยู่ในโรงพยาบาล แต่ในทางกลับกันการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจะเพิ่มภาระและเพิ่มข้อจำกัดให้กับครอบครัว (Kaushik & Bhatia, 2013) ซึ่งภายหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อมาดูแลต่อเองที่บ้าน ผลกระทบของการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยส่งผลทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ที่สูงขึ้น ทำให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยลดลง

โรคจิตเภทเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น ส่งผลให้มีความบกพร่องในการดำรงชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ รวมถึงในด้านการดูแลตนเองและไม่ยอมรับการรักษา แม้อาการจะกำเริบหลายครั้งก็ตาม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยอาการต่างๆจะรบกวนความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วย ไม่สามารถแยกแยะได้ว่าสิ่งไหนเป็นความจริงหรือสิ่งไหนไม่ใช่ความจริง ไม่ไว้วางใจสิ่งรอบข้าง ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน และความสามารถในการทำงานบกพร่อง (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย, 2562) จะเห็นได้ว่าครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือ มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลาและต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาการทางจิตของผู้ป่วยทำให้ครอบครัวแบกรับภาระ และสร้างความกดดันทางจิตใจ นอกจากนี้พฤติกรรมของตัวผู้ป่วยมีอิทธิพลอย่างมากต่อบทบาทหน้าที่ของครอบครัว ผลกระทบทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดขึ้นกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ในพ่อแม่ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะโทษตัวเอง ส่วนคู่สามีภรรยาจะรู้สึกว่าเป็น

ภาระในการดูแล ร่วมกับการถูกตีตราจากคนในชุมชนและแบ่งแยกทางสังคม ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด เบื่อหน่าย และท้อแท้ อาจทำให้ผู้ดูแลต้องกลายเป็นผู้ป่วยจิตเวชแอบแฝง (Hidden patient) (ทวิศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) โดยสำหรับในประเทศไทย จากข้อมูลสถิติของกรมสุขภาพจิต พบจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภท ช่วงปี 2563 – 2565 มีจำนวน 283,065 , 284,273 และ 314,250 รายตามลำดับ(กรมสุขภาพจิต, 2566) นับเป็นจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยเริ่มจากการไว้วางใจกัน มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน และมีเป้าหมายไปสู่ผลสำเร็จในการดูแล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นการตอบสนองความต้องการของบุคคลแบบองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีความปกติสุข (กัญญา ศรีตะวันและ รัชนิกร อุปเสน, 2560) George (1996) ได้แบ่งผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (Formal caregiver) คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งผู้ช่วยดูแลจากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ 2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal caregiver) คือ กลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการดูแลกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่และแรงจูงใจ เช่น บิดา มารดา คู่ชีวิต ลูก หลาน หรือเพื่อน เป็นต้น (อนันต์ตรี สมิทธิธรราเศรษฐ์, 2560) โดยพบว่าบิดาและมารดาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (วาสนา นามเหลา และคณะ, 2561; สิริรัตน์ แสงศิริรักษ์, 2559; Aditya et al, 2014; Asli, Yildiz & Aker, 2015) จากการศึกษาในประเทศจีนพบว่าผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นคู่ชีวิตมากถึงร้อยละ 26.5 (Yin et al., 2014) การศึกษาในประเทศตุรกีพบว่าคู่ชีวิตเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทถึงร้อยละ 25 (KOKURCAN & GÖĞÜŞ, 2015) สอดคล้องกับ การศึกษาในผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศอินเดียพบว่า ร้อยละ 24.8 ของผู้ให้การดูแลหลักในผู้ป่วยจิตเภท คือ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (Koschorke et al., 2017) และการศึกษาในประเทศปากีสถานพบว่า คู่ชีวิตที่เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทมีมากถึงร้อยละ 50 (Asghar et al., 2018) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยของเทียนทอง หาระบุต และ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ (2556) พบว่าร้อยละ 16 ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของจันทนา เจริญเวช (2556) ที่พบคู่ชีวิตเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 19.32 และการศึกษาของเอมิกา กลยนิ และคณะ (2558) ที่พบว่าผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิต ร้อยละ 18.8

คู่ชีวิต คือ ความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนที่มีความรักต่อกัน ได้มีการใช้ชีวิตร่วมกันและมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกันเป็นสามีและภรรยา (รพีพงศ์ ยังวราสวัสดิ์, 2559) เมื่อคู่ชีวิตเกิดการ

เจ็บป่วย ทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว บางครอบครัวต้องประสบปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรังในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิมเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสิ้นหวัง ไม่สามารถรวบรวมพลังและเกิดภาวะความเหนื่อยหน่ายและนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพได้ (กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน, 2560) มีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มป่วยตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นทำให้ขาดโอกาสในการใช้ชีวิตคู่ (น้ำทิพย์ สงวนบุญพงษ์ และสายใจ พัวพันธ์, 2560; วิไล นาป่า, 2561) แต่ในการศึกษาของกลุ่มคูชีวิตที่ใช้ชีวิตร่วมกันมาก่อนเกิดการเจ็บป่วยของต้นสนีย์ ตรีสาร (2553) พบว่า คูชีวิตเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการให้การดูแลผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยหากคูชีวิตของผู้ป่วยสามารถให้การดูแลได้เป็นอย่างดีจะทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในสังคมโดยไม่สร้างปัญหาให้กับสังคม ในคูชีวิตการที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะเป็นการเพิ่มความรับผิดชอบให้กับอีกฝ่าย ซึ่งส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายเนื่องจากบุคคลที่มีคูชีวิตมีปัญหาโรคเรื้อรัง คูชีวิตจะกลายเป็นผู้ดูแลหลักลำดับแรก ซึ่งการดูแลโดยคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทมีลักษณะบทบาทที่เฉพาะเจาะจงและมีความผูกพันทางใจที่ลึกซึ้ง ซบซ้อน มีความแตกต่างจากผู้ดูแลกลุ่มอื่น (Lawn & McMahon, 2014) ในคูชีวิตหากไม่สามารถรับมือในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระยะยาวที่นำไปสู่การแยกทางหรือหย่าร้างได้ (Seeman, 2013; Lawn & McMahon, 2014) จากการศึกษาของปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสวงเจริญ (2556) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงต่อครอบครัวมากถึงร้อยละ 40.2 ที่พบมากที่สุดคือพฤติกรรมตวาด ดุ ต่ำทอด้วยคำหยาบคายและส่งเสียงดัง ซึ่งเป็นปัญหาเกิดขึ้นและเป็นภาระในการจัดการของผู้ที่ดูแลผู้ป่วย

ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง สภาวะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รู้สึกหมดหวัง ขาดความสนใจ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิต ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง อันเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ต้องการได้รับการดูแลเป็นอย่างมากตลอดเวลา (มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ, 2552) และในการศึกษาของทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ (2563) สามหรือภรรยาที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอาจได้รับแรงกดดันจากครอบครัวของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง คูชีวิตที่สามารถควบคุมความวิตกกังวลจะปรับตัวและยอมรับได้ หากยอมรับและปรับตัวไม่ได้จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการเจ็บป่วยทางจิตได้ โดยความเหนื่อยหน่ายตามแนวคิดของ Maslach & Susan (1981) เป็นแนวคิดที่ใช้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายอย่างแพร่หลายทั้งในบุคลากรทำงานด้านบริการ ผู้ดูแลผู้ป่วยทางกายที่เป็นโรคเรื้อรังและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบไปด้วย

3 องค์ประกอบ คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (depersonalization) และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย (decrease sense of accomplishment) จากการศึกษาของ Kitrungrrote et al.(2013) ในประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตประกอบด้วย 6 ประเด็นหลัก แต่ที่ส่งผลทางลบให้เกิดความเหนื่อยหน่าย คือ การเป็นผู้ร่วมทุกข์เกิดจากรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิตในอนาคต ความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแล และความลำบากต่อการจัดการกับสภาพที่แปลกใหม่ของชีวิต การปรับเปลี่ยนตนเองเป็นการปรับการดำเนินชีวิต และการคงไว้ซึ่งความหวังในการหายขาดจากโรคและการมีชีวิตยืนยาวของคูชีวิตที่เจ็บป่วย อันเป็นผลกระทบที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่าย

Shubin (1978) อธิบายความเหนื่อยหน่ายในคูชีวิตมี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 คูชีวิตมีความรู้สึกหมดแรง ทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ อาการทางกายมักปรากฏในรูปแบบของการเจ็บป่วยที่รุนแรง โดยมักบ่นว่านอนไม่หลับ บวดยาระไขไม่เกรน และอาการของโรคแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังมีลักษณะของเหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อตึง และใจเต้นแรงเนื่องมาจากความเครียด อาการทางกายดังกล่าวอธิบายได้จาก น้ำหนักที่ลดลง การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ มีภาวะซึมเศร้า และหายใจไม่เต็มอิม นอกจากนี้ Maslach (1976) พบว่ามีภาวะหมดอารมณ์ร่วมด้วย คือ พบคูชีวิตรู้สึกหดหู่ใจกับภาระของตนเอง และเหนื่อยเกินกว่าที่จะตื่นนอนตอนเช้ามาทำงาน คูชีวิตจะสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง เห็นได้จากการมีความรู้สึกร่วมกับผู้อื่นลดลง ระยะที่ 2 คูชีวิตเริ่มมีการพัฒนาทัศนคติด้านลบ เริ่มมีการถากถางและดูถูกผู้อื่น (Shubin, 1978; Storlie, 1979) ทัศนคติด้านลบมีทั้งต่อผู้อื่นและตนเอง จากนั้นคูชีวิตจะเริ่มปิดกั้นตนเอง แยกตัวอยู่กับความรู้สึกตนเองไร้ประโยชน์ และไม่มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกเหล่านั้น ทำให้คูชีวิตหงุดหงิดง่าย หวาดระแวง และพบมีการใช้สารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งต่าง ๆ ระยะที่ 3 ของความเหนื่อยหน่ายพบว่าความรู้สึกและความกังวลทางอารมณ์ทั้งหมดที่มีต่อผู้ป่วยและคนอื่น ๆ หมดไป (Maslach, 1976; Shubin, 1978; Storlie 1979) คูชีวิตมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมตัดขาดอย่างชัดเจน รวมถึงการดูถูกตนเองและผู้อื่น การหย่าร้าง การฆ่าตัวตาย ซึ่งพบการดำเนินมาถึงระยะนี้ค่อนข้างน้อย

การศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบมีการศึกษาปัจจัยด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ดูแลหลักในลักษณะต่าง ๆ เช่น การศึกษาของมยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ (2552) พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ บุคลิกภาพ ความเครียด ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแล และการศึกษาของ กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน (2560) พบว่าปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม อาการทางบวก และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การศึกษาของนิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2563) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผลกระทบของคูชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยจิต

เกาส่งผลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง ภาวะซึมเศร้า ความเครียด สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท (intimacy) การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของคู่ชีวิต และปัญหาด้านเศรษฐกิจในครอบครัว ส่วนการศึกษาของต่างประเทศ Asghar, Majeed & Malik (2018) พบว่าปัจจัยด้าน เพศ ความกดดันทางจิตใจ (Psychological distress) และการรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตมีความสัมพันธ์และสามารถทำนายการเกิดความเหนื่อยหน่ายได้ อีกทั้งมีการศึกษาในประเทศอียิปต์พบระดับความเหนื่อยหน่ายและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลทั้งในกลุ่มผู้ปกครองและกลุ่มคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับสูง (Khalil et al.,2021)

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวพบว่า ยังไม่มีการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยมาก่อน ซึ่งปัจจัยที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะไม่ซ้ำกันมีทั้งด้านบวกและด้านลบ ขึ้นกับประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตแต่ละคนและการวิจัยที่ผ่านมาวิจัยที่มีความสำคัญต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต เช่น เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต ในด้านผู้ป่วยจะมีอาการทางบวก และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่ผู้วิจัยเลือกนำมาศึกษาเพราะพบว่าส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตและเห็นภาพความสัมพันธ์ของกลุ่มที่แตกต่างจากความสัมพันธ์อื่นที่ชัดเจน อย่างไรก็ตามในส่วนของปัจจัยที่ผู้วิจัยยังไม่นำมาศึกษาครั้งนี้ เช่น แบบแผนการนอน ภาวะซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ แม้ว่าปัจจัยเหล่านี้จะมีผลต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต แต่ยังไม่มีการวิจัยที่สนับสนุนเพียงพอว่ามีความสัมพันธ์และความสอดคล้องตามบริบทของสังคมไทย

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและคัดเลือกตัวแปร โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ประกอบด้วย เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของคู่ชีวิต และเป็นแนวทางการในการวางแผนให้การพยาบาลเพื่อช่วยจัดการความเหนื่อยหน่ายในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

### คำถามการวิจัย

1. ความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับใด
2. เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รู้สึกหมดหวัง ขาดความสนใจ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่า ความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิต ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง ในผู้ดูแลที่เกิดความเหนื่อยหน่ายเป็นระยะเวลานานส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตด้านต่าง ๆ ตามมา เช่น ความวิตกกังวล อาการหงุดหงิดง่ายและมีภาวะซึมเศร้า (Maslach & Leiter, 2016) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาถึงภาวะความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับโรคจิตเภทและศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่มีคู่ชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

**1. เพศ** พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายสามารถเกิดความเหนื่อยหน่ายได้เหมือนกัน แต่เนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่นมากกว่าเพศชาย เพศหญิงจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าในเพศชาย (Maslach & Jackson, 1986) และการศึกษาของ Demirbas & Kizil (2017) อธิบายว่าผู้ดูแลคู่ชีวิตที่เป็นเพศหญิงด้านความเหนื่อยหน่าย จะมีความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์และลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าผู้ดูแลคู่ชีวิตที่เป็นเพศชายสอดคล้องกับ Truzzi et al. (2012) และ Angermeyer et al. (2006) พบว่า คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิต

เภทที่เป็นเพศหญิงจะเกิดความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศชาย

**2.ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย** Maslach & Jackson (1986) ได้ทำการศึกษา และพบว่าในผู้ที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาสั้นซึ่งเกิดจากบุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้มีการปรับตัวได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาการเปรียบเทียบถึงความเหนื่อยหน่ายในคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและพยาบาล พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของทั้งคูชีวิตและพยาบาลจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ (Angermeyer et al.,2006)

**3. สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคูชีวิต** จากการศึกษาของ วรารัตน์ ทุมมังกลาง(2545) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่ไม่ดีพอจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยใจ เป็นทุกข์ รู้สึกท้อแท้ เปื่อหน่ายและขาดพลังใจในการดูแล สอดคล้องกับ Granek et al.(2016) ที่พบว่าผลกระทบในด้านสัมพันธภาพระหว่างคูชีวิตกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งอยู่ในบริบทโรคทางจิตเวชเรื้อรัง คือคูชีวิตเกิดความไม่มั่นใจในความระยะยาวระหว่างชีวิตคู่ ขาดความไว้วางใจในพฤติกรรมต่าง ๆ ของคูชีวิต และขาดความใกล้ชิดสนิทสนม (intimacy) ระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต คูชีวิตเกิดความเหนื่อยล้าและรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วย

**4.ความเครียด** จากการศึกษาของมยรี กลับบงษ์ และคณะ (2552) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผลการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ( $r = .400$ ) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อยลลง

**5. การสนับสนุนทางสังคม** เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลง (กัญญา ศรีตะวันและรัชนิกร อุปเสน,2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ KOKURCAN & GÖĞÜŞ (2015) และการศึกษาของ Park et al. (2017) พบว่าหากคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้คูชีวิตรู้สึกอุ่นใจในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายของลดลง

**6. ภาระการดูแลผู้ป่วย** เป็นภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแลมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) ซึ่งเป็นความรู้สึกหรือการมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของคูชีวิตแต่ต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Montgomery et al.,1985) สอดคล้องกับศึกษาของ Onwumere et al. (2018) พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยมี



ความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

**7. การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต** การศึกษาในประเทศอินเดียของ Singh et al. (2016) ทำการศึกษาเกี่ยวกับตราบาปในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นคู่ชีวิตร้อยละ 42 ผลการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การถูกตีตราอยู่ในระดับสูงมาก และการศึกษาของ Asghar et al. (2018) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นคู่ชีวิตร้อยละ 50 ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้การถูกตีตราสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $\beta = .22, p < .05$ )

**8. อาการทางบวก** การศึกษาของมยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ(2552) พบว่าผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายเนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง รวมทั้งทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น สอดคล้องกับ ภัฏญา ศรีตะวันและรัชนิกร อุปเสน (2560) ที่พบว่าอาการทางบวกของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยหน่าย เนื่องจากลักษณะอาการทางจิตที่มีอาการรุนแรง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยหน่ายได้

**9. อาการทางลบ** พบว่ามีความสัมพันธ์ระดับสูงกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยอาการทางลบของโรคจิตเภทสร้างความแตกต่างอย่างเห็นได้ชัดเกี่ยวกับอาการเหนื่อยหน่ายจากการเจ็บป่วยทางกาย (KOKURCAN & GÖĞÜŞ, 2015) เนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกือบทุกด้าน จึงต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมแยกตัว ซึมเฉย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ปฏิบัติตามกิจกรรมใด ๆ ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกขุทรมาน เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ (ภัฏญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน ,2560)

### สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. ความเครียด ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

## ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรในการวิจัย คือผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยโรคตามคู่มือการวินิจฉัยแยกโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ ICD-10 ที่พาผู้ป่วยมารับการบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ คูชีวิตที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาด ไทย มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยา ที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท และให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ และมีอายุ 20-59 ปี

ตัวแปรที่ทำการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคูชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบ

ตัวแปรตาม คือ ความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความเหนื่อยหน่าย** หมายถึง สภาวะที่คูชีวิตเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขาดความใส่ใจและความสนใจในการดูแลผู้ป่วย อันเป็นเหตุจากการที่เผชิญความเครียดและได้รับการะจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลานาน ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบ ดังนี้

1) ความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) หมายถึง การหมดกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย หรือขาดแรงจูงใจในการดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเภท

2) การลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย (depersonalization) หมายถึง การมองผู้ป่วยเสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นมนุษย์ที่มีความรู้สึก ทำให้คูชีวิตมีพฤติกรรมแข็งกระด้างกับผู้ป่วย ไม่เข้าใจหรือไม่เอาใจใส่กับผู้ป่วย อีกทั้งยังมองผู้ป่วยจิตเภทในแง่ลบ เช่น มองว่าผู้ป่วยเพิ่มภาระงานให้ตนเอง เป็นต้น

3) ความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย (decrease sense of accomplishment) หมายถึง การประเมินตนเองในแง่ลบ โดยคูชีวิตจะรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถ

ในการดูแลผู้ป่วยลดลงหรือไม่ถึงขั้นที่ตี เช่น รู้สึกว่าตัวเองเข้าใจความนึกคิดของผู้ป่วยได้ไม่ดี รู้สึกช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ไม่มีประสิทธิภาพ รวมถึงความรู้สึกขาดพลังในการดูแลผู้ป่วย สามารถประเมินด้วยแบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของ Maslach Burnout Inventory (MBI) สร้างขึ้นโดย Maslach & Jackson (1986) แปลเป็นภาษาไทยโดย สิริยา สัมมาวาจ (2532)

**คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งที่เป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภท ในระยะที่รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี และให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างใด ๆ และพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

**เพศ** หมายถึง ลักษณะโครงสร้างทางกายวิภาคหรือทางสรีรวิทยาที่ใช้แบ่งแยกบอกความเป็นหญิงหรือชายในตัวบุคคล ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

**ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย** หมายถึง หมายถึง ช่วงเวลาที่คูชีวิตให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับตั้งแต่เริ่มให้การดูแลจนถึงปัจจุบัน โดยนับช่วงเวลานั้นเป็นเดือนและเป็นปี ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

**สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคูชีวิต** หมายถึง การที่คูชีวิตและผู้ป่วยจิตเภทพยายามปรับตัวเข้าหากัน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นเหตุทำให้ไม่เข้าใจกัน มีความพึงพอใจชีวิตการแต่งงานและพอใจซึ่งกันและกัน มีความสนใจและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน พยายามปฏิบัติตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย ประเมินโดยใช้ แบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment Test) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Locke & Wallace (1959) พัฒนาโดย โสมสิริ รอดพิพัฒน์ (2547)

**ความเครียด** หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์โดยคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีการประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนเองจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการปรับตัว เป็นการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประเมินระดับความเครียดโดยใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire) สร้างขึ้นโดย Levenstein et al. (1993) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย วริยา วิชราวัฒน์ (2543)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การรับรู้ของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคคลที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ โดยการสนับสนุนช่วยเหลือนั้น

ประกอบไปด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม การสนับสนุนด้านทรัพยากรและข้อมูลข่าวสาร ประเมินโดยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb(1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดยเทียนทอง ทาระบุตร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2556)

**ภาวะการดูแลผู้ป่วย** หมายถึง การรับรู้ของคู่ชีวิตรู้สึกถึงความเป็นปัญหา ความยากลำบาก ในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ต่อการรับมือขอดูแลผู้ป่วยจิตเภท อันส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของคู่ชีวิต ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) และพัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544)

**การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต** หมายถึง สภาวะของคู่ชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท มีการประเมินตนเองในแง่ลบ เกิดความคิดที่ยอมรับว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม เกิดความรู้สึกแง่ลบต่างๆภายใน คือความรู้สึกอับอายในตนเอง รู้สึกว่าตนเองน่ารังเกียจ รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย เนื่องมาจากการรับรู้ปฏิกริยาในแง่ลบต่างๆ ของสังคมที่แสดงออกถึงการแบ่งแยก ไม่ยอมรับ รังเกียจ จากการเป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ประเมินด้วยแบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาบในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แปลจากแบบประเมิน Affiliate stigma ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Mak & Cheung (2008) แปลโดย จิตภินันท์ ไชยศรัสมิ์พิชญ (2553) พัฒนาโดย จิราภา ศรีรัตน์ และคณะ (2561)

**อาการทางบวก** หมายถึงลักษณะอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกมาในด้านอาการหลงผิด มีอาการหูแว่ว สับสนประสาทหลอน มีรูปแบบความคิดที่เกินจากความเป็นจริง รู้สึกหวาดระแวงมากเกินไป เกิดผิดปกติของคนทั่วไป รู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท PANSS (Positive and negative syndrome scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al.(1987) แปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2543)

**อาการทางลบ** หมายถึง ลักษณะอาการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทแสดงออกมาน้อยกว่าคนปกติทั่วไปจะมี เช่น ด้านการพูด ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สามารถแสดงปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ มีพฤติกรรมแยกตัว อารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท PANSS (Positive and negative syndrome scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al.(1987) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ (2543)

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อนำปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมาใช้สนับสนุนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการให้การพยาบาลที่ช่วยลดความเหนื่อยหน่ายในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้า ทั้งจากทางหนังสือ วารสารวิชาการ บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ซึ่งนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
- 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก
- 1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.5 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### 2. คูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของคูชีวิต
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

#### 3. ความเหนื่อยหน่าย

- 3.1 ความหมายเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย
- 3.2 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย
- 3.3 การประเมินความเหนื่อยหน่าย

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายในคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

#### 5. เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 6. กรอบแนวคิดในการวิจัย

## 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ในช่วงปี ค.ศ. 1856-1926 โดยเริ่มแรก Emil Kraepelin ได้เรียกอาการเหล่านี้ว่า dementia praecox ต่อมา Eugen Bleuler ในช่วงปี ค.ศ. 1857-1959 ได้เรียกอาการนี้ว่า โรคจิตเภท (schizophrenia) โดย Eugen Bleuler ให้ความหมายของคำว่าจิตเภทว่าหมายถึง การแยกแยะ (splitting) ของการทำหน้าที่ทางจิตใจ ซึ่งเป็นลักษณะพื้นฐานที่ทำให้เกิดความผิดปกติของโรคนี้ ซึ่งผู้ที่เป็นโรคนี้มีลักษณะเด่น 4 อย่าง ตามแนวคิดของ Eugen Bleuler (Bleuler's 4 As) ได้แก่ การมีความผิดปกติด้านความเชื่อมโยง (abnormal association) การมีความคิดและพฤติกรรมซ้ำ ๆ หรือหมกมุ่น (autistic behavior and thinking) การแสดงออกด้านอารมณ์ผิดปกติ (abnormal affect) และความคิดสองฝักสองฝ่าย (ambivalence) (Kaplan et al., 2015)

### 1.1 ความหมายโรคจิตเภท

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2018) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีอาการเด่น คือ การบกพร่องด้านความคิด อารมณ์ ภาษา การรับรู้ และการรู้สำนึกในตนเอง จะมีอาการทางจิต เช่น หูแว่วประสาทหลอน ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ต่างๆ บกพร่อง ทำให้สูญเสียความสามารถในการประกอบอาชีพหรือการเรียน

Sadock & Sadock (2003) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวกและอาการทางลบ เป็นสาเหตุของความเสื่อมการรับรู้ ดังนั้น อาการของโรคจึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรมและการทำหน้าที่

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความเรื้อรังและรุนแรง มีความผิดปกติทางด้านความคิดเป็นอาการเด่น ส่งผลต่อการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มอาการหลัก คือ อาการด้านบวกและอาการด้านลบ

### 1.2 ปัจจัยสาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

#### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา

**พันธุกรรม** ญาติพี่น้องสายตรงของผู้ป่วย มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ซึ่งมีความเสี่ยงตลอดชีวิตต่อการเกิดโรคจิตเภท ร้อยละ 1 (Puri, 2011)

**ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง** มีการขยายของ Lateral cerebral ventricles, third ventricle, ventricular asymmetry สมองส่วน Frontal lobe, hippocampal, cerebella มีขนาดเล็ก มีการขยายขนาดของ sulci (fissures) บนพื้นผิวสมอง (Herzog, 2014)

**ประสาทชีววิทยา (neurobiology)** เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity และพบว่าการทำงานของ serotonin-2 (5-HT<sub>2A</sub>) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558)

### 1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยาและปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

**ปัจจัยเสี่ยงในระยะก่อนคลอด** ได้แก่ ประวัติการตั้งครรภ์หรือการคลอดที่ผิดปกติ มีภาวะแทรกซ้อน ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะขาดออกซิเจน การได้รับเชื้อไวรัสขณะตั้งครรภ์

**ปัจจัยเสี่ยงด้านจิตใจ** เมื่อบุคคลมีภาวะเครียด ร่างกายจะตอบสนองโดยการหลั่ง cortisol เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อพัฒนาการของสมองส่วน Hypothalamus รวมถึงความเครียดด้านอื่น ๆ

**ปัจจัยด้านสารพิษจากสิ่งแวดล้อม** การได้รับสารพิษ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์และในวัยเด็กของตัวทำลาย tetrachloroethylene ซึ่งทำให้เกิดพิษต่อตับ เกิดผื่นแพ้ กดประสาทและพบว่าการได้รับสารพิษนี้มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคทางจิตเวชหลายชนิด

**ปัจจัยด้านครอบครัว** การแสดงออกทางอารมณ์ (expressed emotion) ของผู้ดูแลมีอิทธิพลต่อการดำเนินโรค การกลับเป็นซ้ำ และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภท (สายฝน เอกวารงกูร, 2562)

### 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก

**1.3.1 ลักษณะอาการก่อนเป็นโรคจิตเภท (Premorbid symptoms)** บุคคลเหล่านี้จะมีอาการผิดปกติทางจิตเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือมีบุคลิกภาพผิดปกติอยู่แล้ว ตอนเป็นเด็กมักจะเป็นเด็กเชื่องช้า ไม่ซุกซน เมื่อโตขึ้นบุคลิกภาพมักจะเป็นแบบแยกตัว (schizoid) คือ ชอบเก็บตัว เพื่อนน้อย หรือ schizotypal คือมีลักษณะความคิด คำพูด พฤติกรรมแปลกๆ ร่วมกับอาการชอบเก็บตัวอย่างรุนแรง

**1.3.2 ลักษณะอาการในระยะเป็นโรคจิตเภท** แบ่งได้เป็น 4 ระยะ (Herzog, 2014) ดังนี้

**1) ระยะอาการล่วงหน้าของโรค (Prodromal phase)** ระยะนี้อาจจะนานหลายเดือนหรือเป็นปี ผู้ป่วยจะเริ่มบ่นไม่สบายทางกาย บกพร่องด้านการทำงาน ด้านการทำหน้าที่ทางสังคม และการทำหน้าที่ทางครอบครัวได้ไม่ดี รวมถึงการดูแลตนเองก็ไม่ได้ สนใจในเรื่องนามธรรม ปรัชญา เรื่องลึกลับ เรื่องทางศาสนา อาจจะมีพฤติกรรมประหลาด คำพูดผิดปกติ ความคิดวิตถาร สิ้นหน้ผิดปกติ การรับรู้สัมผัสผิดปกติ

**2) ระยะอาการเฉียบพลัน (Acute phase)** ระยะนี้ อาการต่าง ๆ จะรุนแรง (florid) เต็มที่ ตัวอย่างของอาการระยะนี้ ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด ความสนใจและการแสดงออกทางอารมณ์ลดลง (Apathy) แยกตัวออกจากสังคม ส่งผลทำให้ระยะนี้ผู้ป่วยทำงานหรือทำหน้าที่ต่าง ๆ ไม่ได้ ต้องเข้ารับการรักษาหรืออยู่รักษาภายในโรงพยาบาล อาการประกอบด้วยด้านต่าง ๆ ดังนี้

ด้านพฤติกรรมโดยทั่วไป มีความรู้สึกน้อยต่อเรื่องบรรทัดฐานทางสังคม หุนหันวุ่นง่านึกอยากทำอะไรก็ทำ มีพฤติกรรมรุนแรง

อาการพูด (Speech) ผู้ป่วยอาจจะพูดมาก (talkative) ไม่พูดเลย (mute) พูดไม่ต่อเนื่อง (loose association) คำพูดไม่ติดต่อกัน ไม่ได้เรื่องได้ราว (incoherence) เป็นต้น

อารมณ์และสีหน้า (Affect) สีหน้าอาจจะไม่สดชื่น อารมณ์อาจไม่เหมาะสมหรือคู่อารมณ์ สองฝักสองฝ่าย ผู้ป่วยอาจมีความสุขมากอย่างไม่เหมาะสมและเข้าใจว่าตนเองมีความสามารถและมีอำนาจทุกอย่าง (omnipotent) หรืออาจวิตกกังวลว่าโลกนี้กำลังถูกทำลาย เป็นต้น

การรับรู้และการสัมผัส (Perception) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีประสาทหลอน (Hallucination) โดยเฉพาะอาการหูแว่ว (auditory hallucination)

ความคิด (Thought) แบ่งออกเป็นรูปแบบของความคิด (Form of thought) เป็นความผิดปกติของรูปแบบการคิดที่มีลักษณะเฉพาะได้แก่ ความคิดที่เกี่ยวข้องกันอย่างหลวม ๆ (loosening of association) ความคิดไม่เชื่อมโยงกัน (incoherence) พูดเปลี่ยนเรื่องเร็วมาก (flight of idea) ความคิดสะดุดหยุด (thought blocking) เป็นต้น

เนื้อหาของความคิด (Content of thought) ได้แก่ รายละเอียดในข้อคิด (idea) ความเชื่อ และการตีความ ผู้ป่วยมักจะมีอาการหลงผิด (delusion) และความจำส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะเป็นปกติ ,การหยั่งรู้ตนเอง (Insight) และการตัดสินใจ (judgment) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถพูดถึงอาการของโรคและไม่สามารถบอกปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อการเป็นโรคได้ การตัดสินใจด้านต่าง ๆ มักจะไม่ดี

**3) ระยะอาการคงที่ (Stabilization phase)** ในระยะนี้เป็นระยะที่เกิดภายหลังการรับรักษาแล้ว อาการต่าง ๆ เริ่มลดน้อยลง ผู้ป่วยบางคนสามารถกลับไปทำหน้าที่ดั้งเดิมได้ (baseline) บางคนก็มีอาการคงที่หรือบางคนก็จะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ให้คำปรึกษาอยู่เรื่อย ๆ ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการต่าง ๆ หลงเหลืออยู่เช่น การบกพร่องทางสังคม การควบคุมพฤติกรรมไม่ค่อยดี การแก้ไขปัญหาประจำวันไม่ดี บางคนมีอาการหลงผิดและประสาทหลอนอยู่เป็นเวลานาน

**4) ระยะการรักษาสภาพ (Maintenance phase)** ระยะนี้ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงของโรคอาจจะหายไปหรือลดน้อยลงมาก แต่ผู้ป่วยยังคงมีโอกาสเกิดโรคกำเริบได้ จึงต้องมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง จะต้องได้รับการดูแลฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกาย จิตใจให้มีความเข้มแข็งอยู่เสมอ ให้สามารถดูแล จัดการควบคุม รับผิดชอบตนเองให้สามารถรับมือกับการใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

#### 1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

การวินิจฉัยโรคปัจจุบันสามารถทำได้ตามระบบการวินิจฉัย 2 ระบบ ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 (DSM-5) โรคจิตเภทจัดอยู่ในกลุ่ม Schizophrenia spectrum and others psychotic disorders โดยตรงกับรหัสของระบบ ICD-10 คือ F20 (WHO, 2016) ซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ฉบับที่ 5 ดังต่อไปนี้ (American Psychiatric Association, 2013)



1. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือนหรือน้อยกว่าหากได้รับการรักษา ดังนี้  
 อาการหลงผิด (delusion) อาการประสาทหลอน (hallucination) การพูดสับสน (disorganized speech) พฤติกรรมสับสนเป็นได้ตั้งแต่มีพฤติกรรมเป็นเด็ก ขาดการยับยั้งชั่งใจเรื่อยเปื่อย ไม่มีจุดหมาย จนถึง วุ่นวาย ก้าวร้าว (grossly disorganized behavior) หรือการอยู่ในท่าเดิมที่แปลกๆ (catatonic behavior) อาการด้านลบ ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง (diminished emotional expression) หรือ เฉื่อยชา (avolition)

2. ตั้งแต่เริ่มมีอาการในข้อ 1 ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านการทำงานสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ลดลงอย่างชัดเจน โดยหากเป็นในเด็กและวัยรุ่น การทำหน้าที่เหล่านี้ลดลงต่ำกว่าเกณฑ์ที่ควรเป็นตามพัฒนาการ

3. มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการในข้อ 1 อย่างน้อย 1 เดือนหรือน้อยกว่าหากได้รับการรักษา ซึ่งเป็นระยะอาการกำเริบและอาจรวมถึงระยะอาการนำ (prodromal phase) หรือระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) โดยในระยะอาการนำหรือระยะอาการหลงเหลือนี้จะแสดงออกโดยอาการด้านลบอย่างเดียว หรืออาจมีอาการด้านบวกในข้อ 1 แต่ไม่รุนแรงร่วมด้วย เช่น การมีความเชื่อแปลกๆ หรือการรับรู้ที่ผิดปกติ เป็นต้น

4. ไม่เข้าได้กับเกณฑ์ของโรคจิตเภทที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย

5. อาการที่เกิดขึ้นไม่ได้เกิดจากการใช้สารเสพติด หรือจากการใช้ยาทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางกายอื่น ๆ

6. หากมีประวัติของการเป็นโรคในกลุ่มออติสติกในวัยเด็ก หรือการมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร การวินิจฉัยโรคจิตเภทจะทำได้เมื่อมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน และอาการอื่น ๆ ข้างต้นชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน หรือน้อยกว่าหากได้รับการรักษาเท่านั้น

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (International Classification of Diseases and Related Health Problem 10<sup>th</sup> Revision: ICD-10) มีการวินิจฉัยตามอาการดังต่อไปนี้ (WHO, 2016)

1. มีความผิดปกติทางด้านความคิด ได้แก่ มีความคิดสะท้อน (thought echo) ความคิดถูกสอดแทรกจากแหล่งภายนอก (thought insertion) ความคิดหายไป (thought withdrawal) และสามารถส่งผ่านความคิดออกทางสื่อต่าง ๆ ได้ (thought broadcasting)

2. หลงผิดคิดว่าความคิด การกระทำ หรือการรับรู้ของตนเองถูกควบคุม ได้รับอิทธิพลหรือส่งผ่านจากสิ่งภายนอกสู่ร่างกายหรือการเคลื่อนไหว หรือมีอาการหลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (illusion)

3. หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดถึงการกระทำของตน หรือถกเถียงกันเองเกี่ยวกับตน หรือได้ยินเสียงต่าง ๆ จากอวัยวะของร่างกาย

4. หลงผิดชนิดอื่นอย่างต่อเนื่องในสิ่งที่เป็นไปได้และไม่เหมาะสมทางวัฒนธรรม เช่น ผู้นำทางศาสนา หรือทางการเมือง มีอำนาจหรือความสามารถเหนือมนุษย์ อาทิเช่น สามารถควบคุมลักษณะดินฟ้าอากาศ หรือสามารถติดต่อกับมนุษย์ต่างดาวได้ เป็นต้น

5. มีอาการประสาทหลอน อย่างต่อเนื่องและหลากหลายชนิด อาจมีอาการหลงผิดร่วมด้วย หรือมีการให้คุณค่ากับสิ่งใดสิ่งหนึ่งมากเกินไปจนเกินกว่าปกติอย่างต่อเนื่อง

6. มีกระบวนการคิดผิดปกติ ส่งผลให้การพูดทวนไม่ต่อเนื่องเชื่อมโยง ไม่เกี่ยวข้องเป็นเรื่องเดียวกัน หรือคิดคำศัพท์ใหม่ขึ้นเอง

7. มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวแบบคาทาโทนิค (catatonic behaviors)

8. มีอาการด้านลบ ได้แก่ สีหน้าเรียบเฉยเหมือนสวมหน้ากาก ไม่พูด อารมณ์ที่อ้อๆ หรือการตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม และความสามารถในการเข้าสังคมลดลง ซึ่งอาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจากยาต้านอาการทางจิตหรือยาต้านเศร้า

9. มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงอย่างมากและต่อเนื่อง แสดงออกโดย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมไม่มีเป้าหมาย อยู่เฉยๆ มีความคิดหมกมุ่นอยู่กับตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

เกณฑ์การวินิจฉัย คือต้องมีอาการเด่นชัดอย่างน้อย 1 ข้อ หรืออย่างน้อย 2 ข้อขึ้นไป หากไม่เด่นชัดในข้อ 1-4 หรือหากมีอาการในข้อ 5-8 จะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการนานตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป หากมีอาการดังกล่าวข้างต้น แต่ระยะเวลาสั้นกว่าหนึ่งเดือนให้วินิจฉัยเป็น schizophrenia-like psychotic disorder (F23.3) และปรับเป็น schizophrenia (F20) เมื่ออาการนี้แสดงนานขึ้น อาการข้อ 9 เป็นอาการสำหรับการวินิจฉัยโรคจิตเภทแบบง่าย (simple schizophrenia; F20.6) และต้องมีอาการอย่างน้อยหนึ่งปีขึ้นไป

สำหรับระยะเวลา 1 เดือนของอาการที่เกิดขึ้นนั้น นับเฉพาะแต่ระยะอาการกำเริบเท่านั้น ไม่รวมระยะอาการนำ และอาการเหล่านี้ต้องไม่เกิดขึ้นพร้อมกับอาการซึมเศร้า หรืออาการคลั่ง และไม่เกิดขึ้นจากการใช้สารเสพติด หรือการอยู่ในระยะเพิกถอนพิษยา หรือการเป็นโรคทางสมอง

### 1.5 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

สถาบันสุขภาพแห่งชาติประเทศอังกฤษ (National Institute for Health and Care Excellence, 2014) ได้เสนอหลักในการบำบัดรักษาและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4 ด้าน ดังนี้

1. การให้ความช่วยเหลือและรับรักษาในระยะแรกเริ่ม เน้นการสืบค้นการเจ็บป่วยในระยะแรกเริ่ม และส่งต่อผู้ป่วยไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในเขตพื้นที่ใกล้บ้าน เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างครอบคลุมทั้งด้านเภสัชบำบัด จิตสังคมบำบัด อาชีวบำบัด และสุขภาพจิตศึกษา

2. การรักษาในระยะเฉียบพลัน เน้นการอยู่ในโรงพยาบาลระยะสั้น สนับสนุนดูแลและแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยเมื่อมีอาการวิกฤตทางจิตเวช รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และในชุมชน

3. การส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพ ในระยะฟื้นฟูสภาพ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลต่อเนื่อง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านในชุมชน และควรให้ผู้ป่วยจิตเภททุกรายได้รับการบำบัดทางการคิด-ปรับพฤติกรรม ให้การบำบัดรักษาช่วยเหลือต่างๆ แก่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท และ เกสซ์บำบัดเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภท มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นที่จะป่วยด้วยโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้นจึงต้องเชื่อมต่อบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนกับหน่วยงานบริการปฐมภูมิเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยได้รับการตรวจและติดตามอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง รวมถึงการมีโอกาสด้านการศึกษาและการจ้างงานซึ่งจำเป็นต้องเชื่อมโยงเครือข่ายทางสังคม เพื่อเพิ่มโอกาสในเรื่องดังกล่าว

4. การพัฒนาระบบคุณภาพดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกระยะ ต้องมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการประเมินจากระบบการช่วยเหลือดูแลครอบคลุมผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาวิชาชีพ เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักอาชีวบำบัด เป็นต้น การประเมินสุขภาพร่างกายและ สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่จิตเภทครั้งแรกที่ควรได้รับการรักษาด้วย ยาต้านโรคจิตชนิดกิน ผู้ป่วยมีโอกาสดูแลและการอธิบายและเปิดโอกาสให้ซักถามเกี่ยวกับประโยชน์ อารมณ์ข้างเคียงของยาแต่ละชนิด ซึ่งจะช่วยให้เพิ่มความร่วมมือในการรักษา ลดค่าใช้จ่ายโดยรวม และ นำไปสู่ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดี

สำหรับวิธีการรับบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด คือการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมทั้งการรักษาทางชีวภาพ เช่น การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคม เช่น การจัดการรายกรณีและการจัดการเกี่ยวกับตนเอง การบำบัดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหา และการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม การให้การบำบัดกับครอบครัว การฝึกทักษะทางสังคมและ ศิลปะบำบัด เป็นต้น ดังรายละเอียดด้านล่างนี้

#### 1.5.1 การรักษาทางชีวภาพ (biological treatments)

##### 1.5.1.1 การรักษาด้วยยา (pharmacological interventions)

มีความจำเป็นและสำคัญมากโดยเฉพาะการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตซึ่งเป็นมาตรฐานในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ถึงแม้การรักษาด้วยยาไม่ได้ทำให้โรคหายขาด แต่การใช้ยาต้านโรคจิตเพื่อควบคุมอาการของโรคจิตเภท (Torrey, 2013) ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับพยาบาลวิชาชีพ นอกจากจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษาแล้วต้องมีการติดตามประเมิน ภาวะสุขภาพและอาการข้างเคียงจากการใช้ยาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 12 เดือนหรือจนกว่าจะส่งต่อการดูแลให้กับทีมสุขภาพในชุมชนต่อไป นอกจากนี้ยังต้องประเมินเรื่องการใช้สุรา สารเสพติด บุหรี่ และยาชนิดอื่นๆ ที่อาจส่งผลเสียต่อผู้ป่วย (National Institute for Health and Care Excellence, 2014) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทมีข้อบ่งชี้เฉพาะในการรักษาด้วยไฟฟ้า

เช่น กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาแล้วไม่ตอบสนองเท่าที่ควร อาจพิจารณาให้ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าควบคุมไปกับการรักษาด้วยยา ซึ่งมีการศึกษาพบว่าสามารถช่วยลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ (Isil et al., 2014)

### 1.5.2 การรักษาด้านจิตสังคม (psychosocial treatments) ประกอบด้วย

#### 1.5.2.1 การจัดการรายกรณี (case management)

การจัดการรายกรณีเปรียบเสมือนเป็นโค้ชที่ช่วย จัดการสิ่งต่างๆ โดยมีพยาบาล ผู้รับผิดชอบรับผู้ป่วยไว้ในความดูแล และทำหน้าที่ประสานงานกับทีมบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการติดตามประเมินผลการรักษาของทีมบำบัดทั้งหมด

#### 1.5.2.2 การบำบัดโดยการให้ความรู้ในการจัดการตนเอง (self-management education)

เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีการวางแผนกิจกรรมที่จะต้องทำและตัดสินใจในชีวิตประจำวัน รวมถึงการฝึกกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงสุรา บุหรี่ สารเสพติด การส่งเสริมทักษะการแก้ปัญหา เป้าหมายในการ ฝึกคือเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น การรักษา และการดูแลตนเอง การจัดการกับอาการต่างๆ การที่เข้าสังคม และการประกอบอาชีพ ซึ่งจะมีผลต่อการลดอัตราการกลับ เป็นซ้ำและอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ (Zou et al., 2013)

#### 1.5.2.3 การบำบัดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาและ (problem solving therapy)

การบำบัดโดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาเป็นการเรียนรู้การตอบสนองต่อปัญหาหรือความยุ่งยากต่างๆ โดยฝึกการจัดการแก้ไขปัญหา ไม่ปล่อยวาง ไม่เพิกเฉย ไม่ท้อถอย ไม่ตำหนิตัวตน และไม่ปฏิเสธปัญหาที่เกิดขึ้น ทักษะนี้เป็นทักษะที่ต้องเรียนรู้การแก้ปัญหาจริงด้วยตนเอง

#### 1.5.2.4 การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม (cognitive behavior therapy)

การบำบัดการรู้คิด-พฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท เน้นการช่วยให้ผู้ป่วยปลดพันธะหรือการเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความรู้สึกด้านลบ ปัญหาหรือพฤติกรรมการทำร้ายตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมสามารถนำไปใช้ร่วมกับยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดอาการทางบวกต่อทั้งในระยะเกิดโรคครั้งแรกและเรื้อรัง การบำบัดรายบุคคลเหมาะกับผู้ป่วยในระยะเกิดโรคครั้งแรก สำหรับการบำบัดเป็นกลุ่มเหมาะกับผู้ป่วยในระยะเรื้อรัง (พิมพ์ชนา ศิริเหมอนันต์ และคณะ ,2555)

#### 1.5.2.5 การให้การบำบัดกับครอบครัว (family interventions)

สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมักต้องเผชิญกับปัญหาและความยุ่งยากและของผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤตและระยะหลงเหลืออาการ โดยเฉพาะหากเป็นผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทอาจต้องถูกแบ่งแยกออกจาก สังคมและชุมชน และทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลือเท่าที่ควร ทั้งนี้เพราะความอายที่จะเปิดเผยว่ามีสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วย

โรคจิตเภท ดังนั้นการให้การบำบัดกับสมาชิกในครอบครัวมีของผู้ป่วยจิตเภทจึงช่วยให้สมาชิกในครอบครัว มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วยไปในทางบวกมากขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค และการดูแลรักษามากขึ้น มีการฝึกทักษะการแก้ปัญหา การสร้างเครือข่ายทางสังคม รวมทั้งการเพิ่มคุณภาพชีวิตในครอบครัว ทั้งนี้โดยผ่านรูปแบบและวิธีที่หลากหลาย เช่น การให้ความรู้กับครอบครัว (family education) ซึ่งสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำได้ สำหรับการบำบัดครอบครัวบำบัด (family therapy) จะเน้นการบำบัดรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม โดยการระบุรูปแบบการสื่อสารที่บิดเบือนและฝึกสมาชิกในครอบครัวให้มีทักษะการแก้ปัญหาและทางเลือกใหม่ที่เหมาะสมในการจัดการกับความขัดแย้งในครอบครัว ซึ่งส่งผลต่อการลดความรู้สึกผิดและความวิตกกังวลของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวลงได้ (Herzog, 2014) ครอบครัวบำบัดต้องทำให้ผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการอบรมเฉพาะทาง

#### 1.5.2.6 การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training)

การฝึกที่มีความจำเป็นและสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เช่น การฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม (assertiveness training) การได้เรียนรู้การสื่อสารและการแสดงออกที่เหมาะสมจากต้นแบบจะช่วยลดพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงลงได้ และเพิ่มความร่วมมือในการรักษา (Simpson & Moriarty, 2014)

#### 1.5.2.7 ศิลปะบำบัด (arts therapies)

รูปแบบของศิลปะที่ใช้แบ่งได้ 4 รูปแบบ ได้แก่ การใช้ดนตรี ศิลปะ การแสดงละคร และการเต้นรำหรือการเคลื่อนไหว จุดเน้นของศิลปะบำบัดคือการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้บำบัดและผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถแสดงออกทางอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ และถ่ายทอดออกมาในรูปแบบของศิลปะชนิดต่างๆ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนารูปแบบใหม่ๆ ในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การใช้ศิลปะบำบัดจะเป็นประโยชน์อย่างมากโดยเฉพาะกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงทางลบ (Sin, 2013) และควรพิจารณาใช้ศิลปะบำบัดกับผู้ป่วยจิตเภททุกราย (National Institute for Health and Care Excellence, 2014)

#### 1.5.2.8 การบำบัดรูปแบบอื่นๆ

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการศึกษาหรือความรู้เพิ่มเติม ส่งเสริมความแข็งแรงของสุขภาพร่างกาย เน้นการรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและออกกำลังกายเคลื่อนไหว และส่งเสริมการมีงานทำ เช่น โครงการอบรมความรู้และทักษะอาชีพใหม่ๆ เพื่อผลักดันให้มีการจ้างงาน ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

### 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาล 5 ขั้นตอน ในการบำบัดการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

### 1.6.1 การประเมินสภาพ (Assessment)

การค้นหาและประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วยครอบคลุมการซักประวัติผู้ป่วยและผู้ดูแล การตรวจสภาพจิต การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์ระดับและสาเหตุของพฤติกรรม ทั้งนี้ การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยและผู้ดูแลจะต้องมีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัญหาที่มีความซับซ้อนของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพประกอบด้วย

1.6.1.1 การประเมินสภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสมหรือไม่ มีการแต่งกายแปลกๆ หรือไม่ ประเมินสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหารผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อนผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอหรือไม่ นอกจากนี้ควรประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนหรืออาการข้างเคียงจากการรับประทานยาด้วยหรือไม่ เช่น อาการคอแห้ง ปากแห้ง ตื่นน้ำบ่อย ง่วงนอนมาก แขนขาอ่อนแรง เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติด้านลบต่อการรับประทานยา และมีแนวโน้มรับประทานยาไม่ต่อเนื่องได้

1.6.1.2 การประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้นสิ่งที่ต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดหรือไม่ หลงผิดลักษณะใด เช่น คิดว่ามีคนปองร้าย คิดว่าตนเองมีความยิ่งใหญ่เหนือผู้อื่น คิดว่าการพูดและการกระทำของผู้อื่นพาดพิงถึงตน คิดว่าร่างกายเสียหายที่การทำงาน เป็นต้น นอกจากนี้ประเมินความคิดแล้วจะต้องประเมินระดับความรุนแรงต่อความคิดนั้นด้วยว่ามีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนหรือไม่ และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

1.6.1.3 การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นอย่างไร การรับรู้ผิดปกติที่เรียกว่าประสาทหลอนมีหรือไม่ ลักษณะเป็นอย่างไร เช่น ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางตา ประสาทร้อนทางจมูกประสาทหลอนทางลิ้นรส ประสาทหลอนทางสัมผัส มีเป็นครั้งคราวหรือมีอยู่ตลอดเวลาจนทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับการสนองตอบต่ออาการประสาทหลอนนั้น อาการประสาทหลอนของผู้ป่วยก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่นหรือไม่ อย่างไร ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนหรือไม่ และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

1.6.1.4 การประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยเพื่อดูอาการทางจิตที่สามารถสังเกตได้ เช่น พฤติกรรมแยกตัว การหนีผู้คน หลบซ่อนตัวเนื่องจากความกลัวว่ามีคนปองร้าย ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้อยู่ไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลาจนดูเหมือนมีพฤติกรรมวุ่นวาย มีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พฤติกรรมซ้ำๆที่ไร้ความหมาย พฤติกรรมคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง พฤติกรรม

เหล่านี้้อาจรบกวนผู้ป่วยอื่น อาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือพฤติกรรมเป็นผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อผู้อื่นเนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

1.6.1.5 ประเมินด้านสัมพันธภาพ ประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและประสาทหลอนอาจรบกวนผู้ป่วยอื่นและทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปผู้ป่วยจิตเภทมักมีพฤติกรรม แยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อช่วยผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ควรประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมเพื่อหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

1.6.1.6 ประเมินด้านอื่นๆ เช่น ปัญหาที่มีความยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ประเมินระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลที่เร่งด่วน เช่น พฤติกรรมทำร้ายคนอื่น พฤติกรรมทำร้ายตนเอง ประเมินภาวะโรคร่วมทางจิตเวช เช่น อาการที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ประเมินปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น คนในครอบครัวป่วยทางจิตหรือไม่ ประเมินความเครียดในครอบครัว และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย ประเมินประวัติการรักษา เช่น ตีต่อการรักษาหรือไม่เคยรักษาด้วยไฟฟ้าหรือไม่ ประเมินประวัติคิดว่ามีหรือไม่ เป็นต้น

## 1.6.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

เมื่อประเมินสภาพปัญหาครอบคลุมในประเด็นดังกล่าวข้างต้น ขั้นตอนต่อมาคือการวินิจฉัยทางการพยาบาล ซึ่งจะแม่นยำตรงแค่ไหนขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพปัญหา การวินิจฉัยทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นตอนต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องและสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และควรมีข้อมูลสนับสนุนที่ชัดเจน ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทางด้านสภาพร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ

## 1.6.3 วัตถุประสงค์การพยาบาลและแผนการพยาบาล (Outcome and Planning)

เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวินิจฉัยการพยาบาลและจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อนำมาวางแผนให้การพยาบาลตามลำดับความเร่งด่วนของการดูแลช่วยเหลือ แผนการพยาบาลประกอบด้วย แผนการพยาบาลระยะสั้น แผนการพยาบาลระยะยาว การวางแผนการพยาบาลควรกำหนดวัตถุประสงค์ของการพยาบาลดังนี้

1.6.3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ เช่น การดูแลความปลอดภัย การดูแลสภาพร่างกาย การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม และพัฒนาการปรับตัว การมองตนเองและมองโลกในทางที่ดี

1.6.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต โดยให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วยการดูแลสุขภาพของตนเองและการไปติดตามการบำบัดอย่างต่อเนื่อง

#### 1.6.4 การปฏิบัติการพยาบาล (Implement)

เป็นการใช้เครื่องมือของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะการใช้ตนเองเพื่อการบำบัดและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด โดยบำบัดดูแลทั้งด้านร่างกายและจิตสังคมและสิ่งแวดล้อมบำบัดดังนี้

1.6.4.1 การบำบัดด้านร่างกาย ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการจำกัดพฤติกรรมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม

1.6.4.2 การบำบัดด้านจิตสังคม เป็นส่วนที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเนื่องจากเป็นการพัฒนา การส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติ ลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งบทบาทของพยาบาลประกอบด้วย

1.6.4.2.1 การดูแลและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทเรื่องการรักษาด้วยยา อาการข้างเคียงจากยา การเฝ้าระวังและการป้องกันอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา

1.6.4.2.2 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยเรียนรู้และฝึกทักษะการสร้างควมไว้วางใจกับผู้อื่น นำไปสู่การยอมรับตนเอง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น

1.6.4.2.3 กลุ่มบำบัด มีวัตถุประสงค์เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทักษะการดำเนินชีวิตในสังคม การสร้างแรงจูงใจ และส่งเสริมควมมีคุณค่าในตนเอง การจัดการกับความเครียดและทักษะการผ่อนคลาย โดยเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีทักษะการดำเนินชีวิตร่วมกัน

การบำบัดด้านจิตสังคมและเป็นส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากประเมินพบปัญหาที่มีความซับซ้อนจะต้องมีการประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เช่น จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาและนักอาชีวบำบัด เป็นต้น

1.6.4.3 สิ่งแวดล้อมบำบัดมีความสำคัญและจำเป็น มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจ ปลอดภัย และเชื่อมั่นต่อกระบวนการบำบัดรักษาพยาบาล

นอกจากนี้ การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ยังสามารถแบ่งระยะของการดูแลผู้ป่วยออกเป็น 3 ระยะ คือ (Herzog, 2014)

1. ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะนี้ผู้ป่วยมักได้รับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเฉพาะหากพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือผู้ป่วยปฏิเสธการ



รับประทานอาหารหรือน้ำ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา เช่น มีหิวแหว่ มีความบกพร่องในกระบวนการคิด ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้น้อย กิจกรรมการพยาบาลมุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยเป็นหลัก ทั้งความปลอดภัยด้านร่างกายที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย และความปลอดภัยจากผลข้างเคียงของยาหรือการรักษาด้วยไฟฟ้า

2. ระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้น (stabilization phase) เป็นระยะที่อาการดีขึ้น แต่ยังคงมีความเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น หากผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมาะสมหรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความตึงเครียดมากอาจมีอาการทางจิตกำเริบได้ การพยาบาลในระยะนี้มุ่งเน้นการเฝ้าระวังอาการกำเริบและการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจเรื่องโลกจิตเภท การรักษา และการดูแลตนเอง โดยจะเริ่มให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประโยชน์ และผลข้างเคียงของการบำบัดรักษาเพื่อนำไปสู่ความเข้าใจและความร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการบำบัดครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวเกิดความเข้าใจ ยอมรับผู้ป่วย สามารถอยู่กับผู้ป่วยจิตเภทได้ เป็นการป้องกันการป่วยซ้ำและการกลับมารักษาซ้ำได้

3. ระยะที่อาการสงบแต่อาจมีอาการทางลบหลงเหลืออยู่ (maintenance phase) เป็นระยะของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามปกติและส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือกับการรักษา การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิต การพยาบาลในระยะนี้ ได้แก่ กลุ่มบำบัด การบำบัดครอบครัว และการบำบัดทางจิตสังคมทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม เพื่อเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุดร่วมกับการทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ

กล่าวโดยสรุป การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพควรมีการดูแลครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด กิจกรรมการพยาบาลจะมุ่งเน้นการประเมินปัญหาผู้ป่วยตามระยะอาการของโรค ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน ระยะเริ่มมีอาการดีขึ้น และระยะอาการสงบ รวมทั้งมีการประสานทีมสหวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามเต็มศักยภาพ ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

**1.6.5 การประเมินผลการพยาบาล (Nursing Evaluation)** เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินว่าการวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อใดหรือปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ผลเป็นอย่างไร ปัญหาใดยังคงมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้นจนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้วเปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล และมีการประเมินเป็นระยะทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

## 2. คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมายของคู่ชีวิต

ในพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2554) ให้ความหมายของคำว่า คู่ชีวิต หมายถึง ผู้ร่วมเป็นร่วมตาย ผู้ร่วมทุกข์ร่วมสุข สามีหรือภรรยา

ว.วชิรเมธี (2557) กล่าวว่า คู่ชีวิต หมายถึง สามีภรรยาที่มาใช้ชีวิตอยู่ร่วมกัน ครองรักและครองเรือนร่วมกัน ปลอ่ยวางจากกิเลสของตนเองเพื่อเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

ฉัตรชัย เอมราช (2014) กล่าวว่า คู่ชีวิต ( Civil partner หรือ Civil Union) เป็นสถานภาพทางกฎหมายซึ่งก่อให้เกิดความสัมพันธ์ตามกฎหมายครอบครัวสำหรับรูปแบบความสัมพันธ์อย่างถาวรระหว่างบุคคลที่มีเพศเดียวกัน

นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมฤทธิ์ (2560) กล่าวว่า คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทที่สมัครใจใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเภทด้วยความรัก ความเข้าใจ ความเชื่อมั่นซึ่งกันและกัน มีการปรับตัวและเรียนรู้กันทั้งในช่วงเวลาที่มีความทุกข์และช่วงเวลาที่มีความสุข

ดังนั้นคู่ชีวิต หมายถึง บุคคลที่เป็นสามีหรือภรรยา ทั้งในลักษณะคู่รักเพศเดียวกันและคู่รักต่างเพศ อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกันด้วยความรัก ความเชื่อมั่นไว้ใจ เรียนรู้และปรับตัวเพื่อสานสัมพันธ์ชีวิตคู่ที่ดีต่อกันในทุกช่วงเวลาของชีวิต

ในการศึกษาครั้งนี้ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยจิตเภททั้งที่เป็นเพศเดียวกันหรือต่างเพศใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทในขณะที่รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

### 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

**ความผูกพันของคู่ชีวิต** หมายถึง ระดับความรู้สึกห่วงใยที่บุคคลมีต่อกันรวมทั้งความสนใจและการเห็นคุณค่าของกันและกัน ความผูกพันที่เหมาะสมสำหรับคู่ชีวิต คือ ความผูกพันอย่างมีความเข้าใจ (Empathic Involvement) คือ มีความสนใจและผูกพันต่ออีกฝ่ายหนึ่งอย่างแท้จริง โดยมีพื้นฐานอยู่บนความเข้าใจในความต้องการของอีกฝ่ายหนึ่ง ความผูกพันแบบนี้ทำให้คู่ชีวิตตอบสนองความต้องการทางอารมณ์ของอีกฝ่ายได้อย่างเหมาะสม ความผูกพันจะต่างกันในช่วงชีวิตแต่ละระยะ โดยจะสูงสุดในระยะที่เพิ่งรักกันใหม่ๆ หรือแต่งงาน และลดลงในระยะที่ลูกเข้าสู่วัยรุ่น หลังจากนั้นจะสูงขึ้นอีกเมื่อลูกโตและแยกจากครอบครัวไป ความสมดุลระหว่างความผูกพันและความเป็นอิสระเป็นตัวของตัวเองเป็นสิ่งสำคัญและจะแตกต่างกันไปในแต่ละคู่สามีภรรยาอาจมีความต้องการแตกต่างกัน (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

ดังนั้นคู่ชีวิตต้องตระหนักถึงความแตกต่างนี้และพยายามทำให้ผูกพันที่มีต่อกันเป็นไปอย่างเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละฝ่าย การมีความผูกพันที่เหมาะสมโดยมีความเป็นตัวของตัวเองเพียงพอจะทำให้ทั้งคู่ไม่มีปฏิริยาต่อกันมากเกินไป ทั้งสองฝ่ายจะสื่อสารกัน เปิดเผยความรู้สึกนึกคิดต่อกันได้อย่างอิสระ สามารถประคับประคองความสัมพันธ์อย่างราบรื่น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2545)

Hiew et al. (2015) กล่าวถึง มาตรฐานความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตประกอบด้วยความผูกพันระหว่างคู่ชีวิต (couple bond) และความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) ดังนี้

1) ความผูกพันระหว่างคู่ชีวิต (couple bond) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างคู่รักด้านความรักเสนาหา (romantic love) และความใกล้ชิดทางจิตใจ (psychological intimacy) ผ่านการกระทำการแสดงออกทางอารมณ์และการสื่อสารที่สื่อถึงความห่วงใย ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การแสดงความรัก (demonstration of love), การแสดงความห่วงใย (demonstration of caring), การแสดงออกถึงความใกล้ชิดสนิทสนม (intimacy expression), การตอบสนองที่แสดงออกถึงความใกล้ชิดสนิทสนม (intimacy responsiveness)

2) ความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) คือ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวบุคคลกับสมาชิกในครอบครัวของคู่ชีวิตหรือสังคครอบครัวข้าง ไม่ใช่ความสัมพันธ์ระหว่างคู่ชีวิตโดยตรงประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์กับครอบครัวขยาย (extended family) หน้าตา (face) ความสมัคสมานในด้านความสัมพันธ์ (relationship harmony) และบทบาททางเพศตามแบบดั้งเดิม (traditional gender roles) (Hiew et al., 2015 อ้างถึงใน วัชรพงษ์ ฟูประทีปศิริ, 2559)

**ความพึงพอใจในชีวิตคู่** Stone & Shackelford (2007) ได้กล่าวถึงความพึงพอใจในชีวิตคู่ว่าเป็นสถานะทางจิตใจจากการรับรู้ถึงผลประโยชน์และผลเสียที่ได้จากคู่ของตน หากบุคคลสามารถรับรู้ได้ถึงผลประโยชน์ที่ได้มากกว่าผลเสียบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตคู่ แต่ถ้าบุคคลนั้นรับรู้ถึงผลเสียมากกว่าผลประโยชน์ที่ได้รับก็จะมีแนวโน้มที่จะไม่พึงพอใจในชีวิตคู่ ความพึงพอใจในชีวิตคู่มีองค์ประกอบทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ (Stone & Shackelford, 2007 อ้างถึงใน วัชรพงษ์ ฟูประทีปศิริ, 2559)

1) ความคิด (cognition) เป็นส่วนที่เกี่ยวกับความคิด ความเชื่อ การกำหนดและรับรู้ถึงพฤติกรรมทางลบและทางบวก พฤติกรรมทางลบจะก่อให้เกิดการจัดการปัญหาที่ไม่เหมาะสมทำให้ความพึงพอใจในชีวิตคู่ต่ำ และเกิดการรับรู้ที่ผิดปกติควบคู่กับพฤติกรรมทางลบ ส่งผลให้การแก้ไขปัญหาคือความสัมพันธ์ไม่ราบรื่น

2) สุขภาพร่างกาย (physiology) ถ้าคู่ชีวิตมีสุขภาพดีจะส่งผลต่อความพึงพอใจชีวิตคู่

3) แบบแผนการมีปฏิสัมพันธ์ (interaction patterns) การมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีอย่างสม่ำเสมอส่งผลให้มีความสุขในชีวิตคู่มากขึ้น แต่ในคู่ชีวิตที่ไม่รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน

ก่อให้เกิดการไม่สนใจกันกลายเป็นความสัมพันธ์ที่ห่างเหินและเกิดความไม่พอใจในที่สุด

4) การสนับสนุนทางสังคม (social support) การช่วยเหลือซึ่งกันและกันจะส่งผลต่อความพึงพอใจของตนเองและผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นของการใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน

5) ความรุนแรง (violence) การทำร้ายร่างกายส่งผลให้อีกฝ่ายรับรู้ถึงภัยอันตรายทำให้เกิดความหวาดกลัวและไม่ต้องการที่จะสานสัมพันธ์ในชีวิตคู่ต่อไป

นอกจากนั้นแล้วยังมีปัจจัยในบริบทต่าง ๆ (contextual factors) ที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจในชีวิตคู่ ถ้าชีวิตประเมินว่าสิ่งเหล่านี้ไม่เกิดประโยชน์แก่ตนเอง อาจเกิดการพูดคุยเพื่อแก้ไขปัญหาค้นหาชีวิตใหม่ที่เหมาะสมกว่า ได้แก่

1) คุณลักษณะทางบุคลิกภาพของคู่ชีวิต (spousal personality characteristics) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความมั่นคงทางอารมณ์ (neuroticism) การเปิดเผย (extraversion) การเปิดรับประสบการณ์ (openness to experience) ความเป็นมิตร (agreeableness) และการมีจิตสำนึก (conscientiousness) ความไม่พึงพอใจส่วนใหญ่มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความไม่มั่นคงทางอารมณ์ การมีจิตสำนึกและความเป็นมิตรที่ต่ำ และการเปิดรับประสบการณ์ที่ต่ำของคู่ชีวิต

2) พฤติกรรมที่ปกป้องความสัมพันธ์ (spousal mate guarding) ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีการปกป้องคู่ของตนจากการถูกล่วงเกินความสัมพันธ์ผ่านการแสดงพฤติกรรม แต่บางพฤติกรรมกลับก่อให้เกิดความขัดแย้งในความสัมพันธ์ของตนเอง ได้แก่ การอยู่ร่วมกันตลอดเวลา การข่มขู่หรือลงโทษคู่ตนมีพฤติกรรมนอกใจ การควบคุมด้วยอารมณ์

3) ความอ่อนไหวของคู่ชีวิตต่อการนอกใจ (spousal susceptibility to infidelity) การนอกใจเกิดจากประเด็นเรื่องความซื่อสัตย์ ความเชื่อใจ ความมุ่งมั่น และความรัก เมื่อเกิดการนอกใจคู่ชีวิตจะรู้สึกทางลบและไม่พอใจในคู่ชีวิตของตนเองขึ้นมาทันที

4) คุณค่าของคู่ชีวิต (mate value) เป็นความพึงพอใจของบุคคลที่มีต่อคู่ชีวิตตน ประกอบด้วย รูปร่างหน้าตา ความฉลาด และบุคลิกภาพ การให้คุณค่าของคู่ชีวิตที่ต่างกันมีแนวโน้มที่จะเกิดความไม่พึงพอใจในชีวิตคู่ ส่งผลให้เกิดการแยกทางกันไปหาคนใหม่ที่มีคุณค่าในระดับเดียวกัน

5) ลูก (children) ความพึงพอใจในคู่ชีวิตได้รับอิทธิพลอย่างมากต่อการมีลูกและมีผลกระทบทั้งสองทางไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มขึ้นด้านความมั่นคงในความสัมพันธ์และการลดลงของความพึงพอใจในคู่ชีวิต กล่าวคือการเป็นพ่อแม่ทำให้ความสุขในความสัมพันธ์ลดลงแต่จะช่วยเพิ่มความสัมพันธ์ให้ยืนยาวมากขึ้น

สังคมไทยเป็นสังคมสตรีรวมหมู่ (collectivist culture) เน้นให้ความสำคัญแก่กลุ่มคนมากกว่าตนเอง บุคคลย่อมเสียสละประโยชน์ส่วนตัวเพื่อผลประโยชน์ส่วนรวม ลักษณะดังกล่าวบุคคลเชื่อว่าตนจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ให้ความสำคัญแก่ความสัมพันธ์ของสมาชิกในกลุ่มและประพฤติดนสอดคล้องกับบรรทัดฐานที่กลุ่มกำหนดไว้ จากลักษณะดังกล่าวคู่ชีวิตคนไทยจึงมักให้

ความสำคัญกับมาตรฐานความสัมพันธ์ด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) ต่างจากแนวคิดมาตรฐานความสัมพันธ์ของคู่ชีวิตระหว่างวัฒนธรรมจีนและตะวันตกสูงกว่าคู่ชีวิตที่อยู่ในวัฒนธรรมตะวันตกหรืออยู่ในสังคมปัจเจกนิยม (individualism) ซึ่งมีลักษณะให้ความสำคัญกับเป้าหมายของตนเองมากกว่าเป้าหมายของกลุ่ม คนไทยให้ความสำคัญกับมาตรฐานความสัมพันธ์ด้านความรับผิดชอบต่อครอบครัว (family responsibility) คือความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสมาชิกครอบครัวหรือสังคมรอบข้าง ซึ่งประกอบด้วย ความสัมพันธ์กับครอบครัวขยาย (extended family) การให้ความสำคัญกับหน้าตา(face) ความสมัคสมานด้านความสัมพันธ์ (relationship harmony) และความสำคัญบทบาททางเพศแบบดั้งเดิม(traditional gender roles) (วัชรพงษ์ พุประทีปศิริ, 2559)

### บทบาทและหน้าที่ของคู่ชีวิต

นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์ (2546) ได้กล่าวถึงบทบาทและหน้าที่ของคู่ชีวิต ไว้ดังนี้

1. บทบาทระหว่างสามีภรรยาตามแบบประเพณีดั้งเดิม แนวคิดนี้ถือว่าผู้ที่ต้องออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัวคือสามีเท่านั้น ในขณะที่ภรรยามีหน้าที่ให้ความรักเลี้ยงบุตรและดูแลบ้าน ความรับผิดชอบต่องานภายในครอบครัวของสามีมีความสัมพันธ์ผกผันกับระยะเวลาที่ต้องทำงานนอกบ้าน อาจกล่าวได้ว่าสามีเป็นผู้นำในการหาเลี้ยงครอบครัว
2. บทบาทระหว่างสามีภรรยาในลักษณะการเอาใจเอาเปรียบ เป็นการเน้นอิทธิพลของสตรีเป็นเรื่องสำคัญ โดยมองว่าเพศชายเป็นผู้แสวงหาผลประโยชน์ให้กับตนเองแล้วสร้างภาระอันไม่เป็นธรรมด้วยการมอบความรับผิดชอบเกี่ยวกับงานบ้านและการเลี้ยงดูบุตรให้ตกอยู่กับสตรี นอกจากนี้ยังมองว่าการกระทำกล่าวเป็นงานที่ไม่มีเกียรติ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อสตรีได้มีโอกาสออกไปทำงานนอกบ้านแล้วยังต้องกลับมาทำภายในบ้านอีกด้วย แสดงให้เห็นว่าแม้มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในบทบาทของภรรยาก็ตาม สามียังคงรับผิดชอบงานในบ้านเท่าเดิม

3. ความเปลี่ยนแปลงทางบทบาทระหว่างสามี-ภรรยา แนวคิดนี้เป็นการมองบทบาทของสามีภรรยาในแง่ที่ดีด้วยการอาศัยความประนีประนอมระหว่างกัน โดยการเสนอแนะให้สตรี เปลี่ยนแปลงบทบาทที่ต้องรับผิดชอบให้มีทั้งสองด้าน คือ บทบาทในด้านการประกอบอาชีพ และ บทบาททางด้านครอบครัว นอกจากนี้ยังได้เสนอแนะให้มีการส่งเสริมความเข้าใจในบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป และวางนโยบายทางสังคมเพื่อสนองต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว

### 2.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของนิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2560) พบว่า ผลกระทบจากการดูแลต่อผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกได้ ดังนี้

**2.3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย** คู่ชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมักจะทำให้ความสำคัญของคุณภาพและความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าตนเอง ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพร่างกาย ผลกระทบทำให้

คู่ชีวิตไม่มีเวลาในการดูแลสุขภาพของตนเอง แบบแผนการนอนผิดปกติ และมีความเสี่ยงที่จะเกิด ความเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อปัญหาเรื่องเพศ(sexuality) ทั้งกับผู้ป่วยและคู่ชีวิตไม่ว่าจะเป็นความไม่มั่นใจเกี่ยวกับ ความสามารถทางเพศ ความลดน้อยลงของจินตนาการทางเพศ ความรู้สึกของความต้องการทางเพศ ความพึงพอใจทางเพศ และการขาดการสื่อสารและการสนับสนุนในเรื่องทางเพศ ผลกระทบต่อ ปัญหาเรื่องเพศ ส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพสมรส (marital relationships) ระหว่างคู่ชีวิตและ ผู้ป่วยจิตเภท

**2.3.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ** ผลกระทบทางจิตใจเชิงลบ กล่าวคือ การดูแลผู้ป่วย เรื้อรังทำให้คู่ชีวิตเกิดความกดดันทางอารมณ์อย่างต่อเนื่อง การขาด การสนับสนุนทางอารมณ์จาก ผู้ป่วย ทำให้คู่ชีวิตรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความกังวลใจ ความผิดหวัง รู้สึกสูญเสียการควบคุมเนื่องจาก ลักษณะการดำเนินโรคไม่แน่นอนและไม่สามารถคาดเดาอาการของผู้ป่วยได้ เกิดความโศกเศร้า ความกลัว เหน็ดเหนื่อย ท้อแท้ ความอับอาย ความลำบากใจ ความรู้สึกผิดและตำหนิตนเอง มีระดับ สุขภาวะ(subjective well-being) ที่ต่ำ มีความวิตกกังวลและเกิดภาวะซึมเศร้าสูงเมื่อเทียบกับ คู่ชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่มีปัญหาสุขภาพจิต ผลกระทบทางจิตใจเชิงบวก พบว่าคู่ชีวิตมีความพึงพอใจที่ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้น สามารถจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ เกิดความภาคภูมิใจ ที่สามารถจัดการกับความทุกข์ของตนเองได้ เกิดความเข้มแข็งที่จะสู้ต่อกับความเจ็บป่วย ในคู่ชีวิต บางรายไม่พบความรู้สึกไม่พอใจต่อการเจ็บป่วยและการดูแลที่เพิ่มขึ้น แม้ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่ ไม่เหมาะสมแต่คู่ชีวิตยอมรับได้ว่าพฤติกรรมเหล่านั้นเกิดจากความเจ็บป่วย เกิดความรู้สึกทำทนาย มีความมุ่งมั่นอดทนในการรักษาและปกป้องความสัมพันธ์ของชีวิตคู่เอาไว้

**2.3.3 ผลกระทบทางด้านสังคม** คู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรังเกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาท กลายมาเป็นผู้ดูแล การที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ต้องลดทอนบทบาททางสังคมลง ความต้องการส่วนบุคคลที่ไม่ได้รับการตอบสนองส่งผลให้ความขัดแย้งในชีวิตคู่มากขึ้น จนเป็นที่มา ของการใช้ความรุนแรงกับผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดจากการดูแลอาจนำไปสู่ความรุนแรงภายใน ครอบครัวได้ คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีระดับคุณภาพชีวิตลดลง และมีการปรับตัวทางสังคมน้อย นอกจากนั้น ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงสถานการณ์ทางสังคมและบกพร่องในเรื่องสัมพันธภาพ

นอกจากนี้ปัญหาทางด้านการเงินซึ่งเป็นผลจากภาระค่าใช้จ่ายจากการรักษาเป็น ผลกระทบที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิต ปัญหาที่เกิดขึ้นอาจทำให้คู่ชีวิตเกิด ความคิดที่จะแยกทางและหย่าร้างตามมาได้ ในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยที่มีปัญหาทาง สุขภาพจิต พบว่าผลกระทบที่ใหญ่ที่สุดคือ สัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตและผู้ป่วย โดยเฉพาะความ ใกล้ชิดสนิทสนม(intimacy) คู่ชีวิตของผู้ป่วยมีความยากลำบากในการจัดการกับความสนิทสนม ใกล้ชิดกับผู้ป่วย แม้จะผ่านระยะกำเริบของอาการทางจิตและมีการฟื้นฟูแล้ว

## 2.4 บทบาทพยาบาลในการดูแลชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดูแลที่เป็นคู่ของผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบจากการดูแล ส่งผลต่อคุณภาพการดูแล ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแลจะต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยได้ Paker (1992) ได้เสนอแนวทางช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีปัจจัยสำคัญ 3 ประการดังนี้ มีช่วงเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น (help from others) และได้รับบริการ (provision of services) การช่วยเหลือผู้ดูแล เช่น การบริการทางด้านสุขภาพจากแพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพอื่น ๆ การบริการทางสังคมจากนักสังคมสงเคราะห์ การบริการดูแลชั่วคราวหรือกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมีภาระหน้าที่รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่มากมาย จึงส่งผลกระทบต่อคู่ชีวิตผู้ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักทั้งทางด้านร่างกาย ด้านสังคมและทางด้านจิตใจซึ่งมีทั้งทางด้านบวกและด้านลบ แม้ว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตจะมีวิธีการเรียนรู้ในการพยายามแก้ไขปัญหาที่เผชิญแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลนั้น ๆ เพื่อประคองชีวิตคู่เอาไว้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงควรให้ความสำคัญในการช่วยเหลือคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยและคู่ชีวิตสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ดังนั้น คู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษานี้ หมายถึง ผู้ที่เป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่เป็นผู้รับผิดชอบดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักในระยะที่รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเภทและให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างใด ๆ และพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ในเขตกรุงเทพมหานคร

## 3. ความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยหน่าย (Burnout) ถูกค้นพบโดยบังเอิญจากการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการปรับแก้ความเครียดจากการทำงาน และเริ่มได้มีการศึกษากันอย่างกว้างขวางมากขึ้นตั้งแต่ปี ค.ศ.1973 โดย Maslach (1976) ซึ่งเป็นนักวิจัยและอาจารย์ทางจิตวิทยาสังคม พบว่า ความเหนื่อยหน่ายเป็นปัญหาที่มักเกิดขึ้นจากการทำงานของบุคคลที่มีอาชีพด้านการให้บริการ โดยเฉพาะอาชีพที่จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์ (Interpersonal) กับบุคคลจำนวนมากและอาชีพที่ เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด (Role-related stressors) เช่น ตำรวจ ครู นักกฎหมาย และ พยาบาล เป็นต้น Maslach & Jackson (1986)

### 3.1 ความหมายเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย

Freudenberger & Richelson (1980) เป็นบุคคลแรกที่นิยามความหมายของอาการเหนื่อยหน่าย โดยนิยามว่า อาการเหนื่อยหน่ายคือ อาการที่อ่อนล้า หรือไม่พอใจเนื่องจากการอุทิศตนในการประกอบกิจไม่ได้ ก่อให้เกิดผลตามที่คาดหวัง

Maslach & Jackson (1981) นิยามว่าอาการเหนื่อยหน่ายมี 3 องค์ประกอบคือ

1.อาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) คือ การหมดกำลังใจหรือแรงจูงใจในการทำงาน มีความท้อแท้ อ่อนล้าหมดแรง หมกกำลังใจ และเกิดความคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น(depersonalization)การมองคนไข้เสมือนวัตถุหรือสิ่งของมากกว่าการมองว่าเป็นคนซึ่งมีความรู้สึก ผู้ปฏิบัติงานที่มีอาการเช่นนี้จะแข็งกระด้างกับผู้ป่วย ไม่พยายามเข้าใจหรือไม่เอาใจใส่กับผู้ป่วย อีกทั้งยังมองผู้ป่วยในแง่ลบ เช่น มองว่าผู้ป่วยเพิ่มภาระงานให้ตนเอง เป็นต้น

3 .การรู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จ (lack of personal accomplishment) คือการประเมินตนเองในแง่ลบ โดยผู้ที่มีอาการนี้จะรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถในการทำงานลดลงหรือไม่ถึงขั้นที่ดี และไม่มีความก้าวหน้าในงาน

สิระยา สัมมาวาจ (2532) กล่าวว่า เป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกในลักษณะความอ่อนล้าทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และพฤติกรรม อันสืบเนื่องมาจากการตอบสนองต่อภาวะเครียดเรื้อรังจากสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมักพบในกลุ่มอาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับการบริการ โดยเฉพาะบุคลากรในทีมสุขภาพ

มยุรี กลับวงศ์และคณะ (2552) กล่าวว่าความเหนื่อยหน่าย หมายถึงปรากฏการณ์ที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ หมดหวัง ขาดความสนใจ และขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิต ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง อันเป็นผลมาจากการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องการการดูแลอย่างมากตลอดเวลา

สรุป ในการวิจัยครั้งนี้ ความเหนื่อยหน่ายในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง สภาวะที่คู่ชีวิตเกิดความอ่อนเพลียเหนื่อยล้า ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขาดความใส่ใจและความสนใจในการดูแลผู้ป่วย อันเป็นเหตุจากการที่เผชิญความเครียดและได้รับการระงับจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาเป็นระยะเวลา

### 3.2 แนวคิดเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่าย

ในค.ศ.1974 Freudenberg จิตแพทย์ชาวอเมริกัน ซึ่งทำงานในสถานบำบัดโรคจิตและประสาทแห่งหนึ่งได้ใช้คำว่าเหนื่อยหน่าย แทนปรากฏการณ์ที่เขาสังเกตพบในตัวเองและ



เพื่อนร่วมงาน นั่นคือ อาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย ซึ่งเกิดจากการทำงานหนักภายใต้แรงกดดันเพราะผู้รับบริการเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากและไม่หยุดหย่อน แม้ว่า Freudenberger จะเป็นบุคคลแรกที่ใช้คำนี้ในรายงานการวิจัย แต่ผู้ที่ได้รับการยกย่องว่าเป็นผู้พัฒนามโนทัศน์นี้ให้เป็นที่ยอมรับในทางสังคมศาสตร์ คือ Maslach, Jackson และ Chemiss (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542)

การพัฒนามโนทัศน์นี้แบ่งได้สองช่วง คือ ช่วงเริ่มแรก (ปีค.ศ.1974 – 1980) และช่วงการศึกษาโดยเน้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (ปีค.ศ.1980 - ปัจจุบัน) ในช่วงเริ่มแรก ปัญหาเรื่องอาการเหนื่อยหน่ายถูกหยิบออกมาเป็นปัญหาที่เกิดในสังคม ผู้ปฏิบัติงานที่มีหน้าที่ในการแก้ปัญหาที่เกิดจากอาการเหนื่อยหน่ายในองค์กรต่าง ๆ เช่น นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยาอุตสาหกรรม ช่วงที่สองของการพัฒนาคือ ช่วงที่มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ มีการพัฒนามโนทัศน์โดยกำหนดความหมายอย่างชัดเจนและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปและมีการพัฒนาแบบวัดอาการเหนื่อยหน่ายที่มีคุณสมบัติที่ดีในการวัดทางจิตวิทยา ได้แก่ Maslach Burnout Inventory และ Burnout Measure แบบวัดเหล่านี้เป็นตัวเสริมให้มีการวิจัยในเรื่องนี้อย่างจริงจัง งานวิจัยส่วนใหญ่มักทำในอาชีพที่ให้บริการกับสังคม แต่ก็ได้มีการนำมโนทัศน์นี้ไปใช้กับอาชีพอื่น ๆ ด้วย เช่น นักธุรกิจ และผู้ใช้แรงงาน รวมทั้งมีการประยุกต์ความรู้ไปศึกษาเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวกับงาน เช่น อาการเหนื่อยหน่ายในความสัมพันธ์คนในครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างคู่สมรส และการตื่นตัวทางการเมือง เป็นต้น

ในประเทศไทย จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับอาการเหนื่อยหน่าย พบว่า พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ เป็นบุคคลแรกที่เขียนบทความเกี่ยวกับอาการนี้ และแปลคำว่า Burnout ว่า “ความเหนื่อยหน่าย” ทำให้การวิจัยในเวลาต่อมา ใช้คำว่าความเหนื่อยหน่ายเรื่อยมา ส่วนงานวิจัยแรกเริ่มในประเทศไทยคือวิทยานิพนธ์ของจินตนา ญาติบรรทุง ในปี พ.ศ.2529 (สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2542)

### ความเหนื่อยหน่ายในคูีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษาของ Ekberg et al. (1986) กล่าวว่า ในคูีวิต การที่คนใดคนหนึ่งเป็นโรคเรื้อรัง จะเป็นการเพิ่มความรับผิดชอบให้กับอีกฝ่าย ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่าย ซึ่งความเหนื่อยหน่ายในคูีวิตเป็นอาการของความอ่อนเพลียทางร่างกายและอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดและทัศนคติด้านลบ ความกังวลและการสูญเสียความรู้สึกที่มีต่อคูีวิต และการสูญเสียความตั้งใจในการดำเนินคูีวิต เนื่องจากบุคคลที่มีคูีวิตมีปัญหาโรคเรื้อรัง คูีวิตอีกฝ่ายจะกลายเป็นผู้ดูแลหลักลำดับแรก และต้องเผชิญปัญหาจากการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยครั้งแล้วครั้งเล่า คูีวิตรู้สึกไม่มีความสุข คูีวิตส่วนมากไม่สามารถมีเวลาส่วนตัว ออกมาทำธุระนอกบ้านในระยะเวลาเป็นเดือนเนื่องจากไม่สามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ จากการดูแลคูีวิตได้ ส่งผลให้คูีวิตเกิดความรู้สึกต่าง ๆ ที่สื่อถึงความเหนื่อยหน่าย ได้แก่ มีภาวะซึมเศร้า รู้สึกว่าตนเองไร้ประโยชน์ โดดเดี่ยว และรู้สึกว่าไม่มีใครเข้าใจตนเอง นอกจากนี้คูีวิตประสบปัญหาทางกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ หายใจไม่เต็มอิ่ม และใจสั่น

Shubin (1978) อธิบายความเหนื่อยหน่ายในคูชีวิต 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 คูชีวิตมีความรู้สึกหมดแรง ทั้งทางด้านร่างกายและอารมณ์ อาการทางกายมักปรากฏในรูปแบบของการเจ็บป่วยที่รุนแรง เช่นนอนไม่หลับ ปวดศีรษะไมเกรน และอาการของโรคแผลในกระเพาะอาหาร นอกจากนี้ยังมีลักษณะของเหงื่อออกมาก กล้ามเนื้อตึง และใจเต้นแรง เนื่องจากความเครียด อาการทางกายดังกล่าวอธิบายได้จาก น้ำหนักที่ลดลง พักผ่อนไม่เพียงพอ ซึมเศร้า และหายใจไม่อิ่ม นอกจากนี้ Maslach (1976) พบว่า ภาวะหมดอารมณ์ร่วมด้วย คือ พบคูชีวิตรู้สึกหดหู่ใจกับการดูแลผู้ป่วยของตนเอง และรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าที่จะตื่นนอนตอนเช้าไปทำงาน คูชีวิตจะสนใจสิ่งต่าง ๆ ลดลง เห็นได้จากการมีความรู้สึกร่วมกับผู้อื่นลดลง

ระยะที่ 2 คูชีวิตเริ่มมีการพัฒนาทัศนคติด้านลบ ซึ่งมีทั้งต่อผู้อื่นและตนเอง จากนั้นคูชีวิตจะเริ่มปิดกั้นตนเอง แยกตัว อยู่กับความรู้สึกไร้ประโยชน์ และไม่มีโอกาสได้ระบายความรู้สึกเหล่านั้น คูชีวิตจะโกรธหรือหงุดหงิดง่าย หวาดระแวง และพบมีการใช้สารเสพติดเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาต่าง ๆ

ระยะที่ 3 ของความเหนื่อยหน่าย พบว่าความรู้สึกและความกังวลทางอารมณ์ทั้งหมดที่มีต่อผู้อื่นหมดไป มีพฤติกรรมตัดขาดแสดงออกอย่างชัดเจน รวมถึงการดูถูกตนเองและผู้อื่น เกิดการหย่าร้าง การฆ่าตัวตาย

Maslach & Jackson (1986) กล่าวว่า กลุ่มอาการเหนื่อยหน่ายนั้นประกอบด้วย ความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่นและการรู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จ สามารถแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ปานกลาง และระดับต่ำ โดยผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลในผู้อื่นสูง แต่จะมีคะแนนด้านการรู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จระดับต่ำ ในผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายระดับปานกลางจะมีค่าคะแนนทั้งสามรายด้านในระดับปานกลาง และผู้ที่มีความเหนื่อยหน่ายต่ำ จะมีคะแนนด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และการลดความเป็นบุคคลในผู้อื่นต่ำ แต่จะมีคะแนนด้านการรู้สึกว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จระดับสูง

### 3.3 การประเมินความเหนื่อยหน่าย

#### 3.3.1 Maslach Burnout Inventory (MBI) เป็นแบบประเมินที่มีผู้นิยมใช้มากที่สุดที่

สร้างโดย Maslach & Jackson (1986) นำมาแปลเป็นภาษาไทย โดย สิริระยา สัมมาวาจ (2532) และนำมาพัฒนา โดย มยุรี กลับวงษ์และคณะ (2552) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 รายด้าน ตามลักษณะอาการหลักความเหนื่อยหน่ายคือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์จำนวน 9 ข้อ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้อื่นจำนวน 5 ข้อ และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลจำนวน 8 ข้อ แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายเป็นเครื่องมือวัดแบบประเมินมาตราประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) ผู้ตอบจะได้คะแนนระหว่าง 0-6 จากคำตอบ โดยมีเกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเหนื่อยหน่ายเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 มาตรา (0-6)

**3.3.2 Burnout Measure (BM)** เป็นแบบประเมินที่มีผู้นิยมใช้ในการประเมินความเหนื่อยเป็นอันดับสองรองจาก Maslach Burnout Inventory (BMI) โดย Pines & Kafry (1981) เป็นผู้สร้างแบบประเมินนี้ขึ้น แบบประเมินนี้สามารถใช้กับบุคคลได้ทุกอาชีพทุกสาขา เครื่องมือนี้เป็นมาตรวัดแบบ Likert ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ มีคำตอบ 7 ตัวเลือก ตั้งแต่ 0 คือไม่เคย จนถึง 6 คือ ประจำจากการใช้แบบสอบถาม Burnout Measure (BM)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน Maslach Burnout Inventory (MBI) ในการประเมินความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่มีความสอดคล้องกับนิยามความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านอย่างชัดเจน และมีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สามารถใช้ประเมินกับผู้ป่วยจิตเภทได้โดยตรง

#### 4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายในคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยเลือกสรรมาศึกษาในการวิจัย มีดังนี้

##### 4.1 เพศ

##### 4.1.1 ความหมายของเพศ

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2549) ให้ความหมายเกี่ยวกับเพศว่า เป็นลักษณะทางชีวภาพที่ใช้แบ่งแยกกลุ่มมนุษย์ออกเป็นผู้หญิงหรือผู้ชาย

กฤตยา อาชวนิจกุล (2554) กล่าวว่า เพศ หมายถึงปัจจัยโครงสร้างทางกายวิภาคหรือสรีรวิทยาที่แสดงออกให้เห็นว่าเป็นเพศหญิง เพศชาย

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2557) ให้ความหมายว่า เพศ คือ ลักษณะต่าง ๆ ที่บ่งบอกความเป็นชาย (masculinity) และความเป็นหญิง (femininity)

สรุป เพศ หมายถึง ลักษณะโครงสร้างทางกายวิภาคหรือทางสรีรวิทยาที่ใช้แบ่งแยกบอกความเป็นผู้หญิงหรือผู้ชายในตัวบุคคล

##### 4.1.2 ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

เพศเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชายและเพศหญิง อีกทั้งเป็นตัวกำหนดบทบาทหน้าที่ในครอบครัว ชุมชน และสังคม ลักษณะสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำครอบครัว เพศหญิงเป็นผู้ดูแลครอบครัว ดังนั้นทั้งเพศหญิงและเพศชายอาจเกิดความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ จากการทำงานได้เหมือนกัน (กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ทั้งเพศหญิงและเพศชายสามารถเกิดความเหนื่อยหน่ายได้เหมือนกัน แต่เนื่องจากเพศหญิงมีความไวต่อความรู้สึกของบุคคลอื่นมากกว่าเพศชาย เพศหญิงจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายมากกว่าในเพศชาย (Maslach, 1986) จาก

การศึกษาของ Tel & Ertekin, (2013) ได้ทำการศึกษาคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 42.7 พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ )

#### 4.2 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

##### 4.2.1 ความหมายของระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ระยะ หมายถึง ช่วง หรือ ตอน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

เวลา หมายถึง ช่วงระยะเวลาความยาวนานที่มีอยู่หรือเป็นอยู่ นิยมกำหนดขึ้นเป็นคู่ คราว วัน เดือน ปี เป็นต้น (ราชบัณฑิตยสถาน, 2554)

สรุปได้ว่า ระยะเวลาหมายถึง ช่วงเวลาที่คู่ชีวิตให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนับตั้งแต่เริ่มให้การดูแลจนถึงปัจจุบัน โดยนับช่วงเวลาเป็นเดือนและปี ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

##### 4.2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ที่ปฏิบัติงานมาเป็นระยะเวลานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานในช่วงระยะเวลาสั้น ซึ่งเกิดจากบุคคลนั้นมีวิถุคติและประสบการณ์ที่มากขึ้นจะทำให้มองการณ์กว้างไกลสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น ทำให้มีการปรับตัวได้มากขึ้น (Maslach, 1986) การปรับตัวเป็นกระบวนการที่บุคคลมีพฤติกรรมกระทำ และการแสดงความรู้สึกเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป เพื่อรักษาความสมดุลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หากคู่ชีวิตไม่สามารถปรับตัวได้อาจเกิดความเครียด เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังนั้นจึงพบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของทั้งคู่ชีวิตและพยาบาลจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) จากการศึกษาของ Angermeyer et al. (2006) ได้ศึกษาการเปรียบเทียบถึงความเหนื่อยหน่ายในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกับพยาบาล ซึ่งในการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างเป็นคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 50 พบว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของทั้งคู่ชีวิตและพยาบาลจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

#### 4.3 สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต

##### 4.3.1 ความหมายของสัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต

Spanier (1976) กล่าวว่าสัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต หมายถึง ความรักและความกลมเกลียวระหว่างสามีภรรยา ที่มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจกัน มีความพึงพอใจซึ่งกันและกัน พยายามหลีกเลี่ยงปัญหาและช่วยกันแก้ไขปัญหาหรือความขัดแย้งต่าง ๆ และมีความสุขในการใช้ชีวิตร่วมกัน ซึ่งภายหลังตัดสินใจใช้ชีวิตคู่ร่วมกัน สามีภรรยาจะมีการปรับตัวเข้าหากัน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาและความขัดแย้งต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น

Locke & Williamson (1959) กล่าวว่าสัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต หมายถึงการที่คู่ชีวิตพยายามปรับตัวเข้าหากันภายหลังการแต่งงาน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่ทำให้คู่ชีวิตไม่เข้าใจกัน แต่กลับมีความพึงพอใจชีวิตการแต่งงานและพอใจซึ่งกันและกัน มีความสนใจและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน พยายามปฏิบัติตนตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย คู่ชีวิตที่มีสัมพันธภาพที่ดีสามารถสังเกตได้จาก คู่ชีวิตมีการแสดงความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน มีความเห็นพ้องกันในเรื่องค่านิยมพื้นฐาน มีความสนิทสนมรักใคร่ซึ่งกันและกัน มีความยืดหยุ่นให้อภัยซึ่งกันและกัน มีเสน่ห์หาซึ่งกันและกัน

สรุป สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การที่คู่ชีวิตและผู้ป่วยจิตเภทพยายามปรับตัวเข้าหากัน โดยพยายามหลีกเลี่ยงหรือร่วมกันแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอันเป็นเหตุทำให้ไม่เข้าใจกันมีความพึงพอใจชีวิตการแต่งงานและพอใจซึ่งกันและกันสนใจและปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน พยายามปฏิบัติตนตามความคาดหวังของทั้งสองฝ่าย

4.3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิตกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษาของวารงรัตน์ ทะมิงกลาง (2545) พบว่าหากความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่ไม่ดีพอจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยใจ เป็นทุกข์ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและขาดพลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป จากการศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศอิสราเอลในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท 10 ราย ถึงผลกระทบในด้านสัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิตกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งอยู่ในบริบทโรคทางจิตเวชเรื้อรังที่คล้ายโรคจิตเภท คือคู่ชีวิตเกิดความไม่มั่นใจในความระยะยาวระหว่างชีวิตคู่ ขาดความไว้วางใจในพฤติกรรมต่าง ๆ ของคู่ชีวิต และขาดความใกล้ชิดสนิทสนม (intimacy) ระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต คู่ชีวิตเกิดความเหนื่อยล้าและความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแล (Granek et al.,2016)

4.3.3 การประเมินสัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต

แบบสอบถามสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส (The Dyadic Adjustment Scale) สร้างขึ้นโดย Spanier (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดยสุพรรณิ สุ่มเล็ก (2538) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตสมรสและความสัมพันธ์อื่น ๆ ที่คล้ายคลึงกันจำนวน 28 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ความเห็นพ้องกันของคู่สมรส (dyadic consensus) ความพึงพอใจในคู่สมรส (dyadic satisfaction) ความกลมเกลียวของคู่สมรส(dyadic cohesion) และการแสดงความรัก (affectional expression) ให้ประเมินด้วยตนเองว่าข้อความในแต่ละข้อคำถามนั้นตรงกับความคิดเห็นของตนมากน้อยเพียงใด ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ คะแนนรวมทั้งหมดของแบบวัดอยู่ระหว่าง 28-140 คะแนน

แบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment Test) เป็นแบบวัดที่ให้ประเมินด้วยตนเอง โดย Locke and Wallace (1959) แปลเป็นภาษาไทยโดยโสภณสิริ รอดพิพัฒน์ (2547) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม แบ่งเป็น 4 ด้านเกี่ยวกับ ความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน ความเห็นพ้องของคู่ชีวิต ความปรองดองของคู่ชีวิต ความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคู่ชีวิต รวมทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าและแบบหลายตัวเลือกการคำนวณคะแนน คะแนนรวมทั้งหมดของแบบวัดอยู่ระหว่าง 2 –158 คะแนน

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment Test) เป็นเครื่องมือวัดสัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิต เนื่องจากเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่น่าเชื่อถือ ได้รับความนิยมสูง และเป็นแบบวัดที่สั้นและง่ายต่อการตอบคำถาม

#### 4.4 ความเครียด

##### 4.4.1 ความหมายของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2543) ให้ความหมายว่า ความเครียดเป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความรู้สึก และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะกดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นมีการปรับตัวและมีความพึงพอใจเกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่างๆ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด

กิริติญา ไทยอยู่ (2558) ให้ความหมายความเครียด คือ ภาวะที่บุคคลรับรู้หรือรู้สึกว่าถูกคุกคามจากเหตุการณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอกร่างกาย แล้วประเมินว่าเกินกำลังกว่าแหล่งประโยชน์ที่ตนเองจะใช้ต่อต้าน ซึ่งส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่าง โดยแสดงออกมาทางร่างกาย ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม

Selye (1976) ให้ความหมายความเครียดว่า เป็นภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาต่อสิ่งที่มาคุกคามหรือขัดขวางการทำงานและความต้องการของมนุษย์ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้ร่างกายขาดสมดุล

Lazarus and Folkman (1984) อธิบายว่าความเครียด คือ เหตุการณ์ที่บุคคลประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการปรับตัว นั่นคือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จะเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการ (demand) กับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ (resource) ของบุคคลนั้น

สรุป ความเครียด หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์โดยบุคคล ที่มีการประเมินว่ามีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง และตนเองจะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังในการปรับตัว เป็นการประเมินความสมดุลระหว่างความต้องการกับแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ของบุคคลนั้นๆ

##### 4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ (2552) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่าย และพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 375 คน ผลการศึกษาพบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในคู่วิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ( $r = .40$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ ภาณุมาศ ศรีธิทอง และ ภิญาพันธ์ ร่วมชาติ (2556) ที่พบว่าความเครียดเป็นปัจจัยทำนายความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ( $b = .74$ ) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Park et al. (2017) ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกระหว่างความเครียดกับความเหนื่อยหน่ายเช่นเดียวกัน ( $r = .76$ )

#### 4.4.3 แบบประเมินความเครียด

แบบประเมินความเครียด (ST- 5) เป็นแบบประเมินฉบับย่อที่มีจำนวนข้อคำถามที่ใช้ประเมินเพียง 5 ข้อ ได้รับการออกแบบโดยกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปะกิจ (2551) แบบประเมินนี้สามารถประเมินได้ด้วยตนเอง ใช้ประเมินอาการหรือความรู้สึกของตนเองในช่วงระยะ 2-4 สัปดาห์ ที่ผ่านมาว่าผู้รับการประเมินเป็นอย่างไร แบบประเมินนี้ใช้ในกรณีที่มีข้อจำกัดด้านเวลาในการเก็บข้อมูล

การแปลผลแบ่งตามเกณฑ์ผลคะแนนที่รวมได้หลังจากประเมินตนเอง ดังนี้

0-4 คือ เครียดน้อย

5-7 คือ เครียดปานกลาง

8-9 คือ เครียดมาก

10-15 คือ เครียดมากที่สุด

แบบประเมินความเครียดสวนปรุง (SPST- 20) โดยกรมสุขภาพจิต พัฒนาโดย สุวัฒน์ มหัตถินันต์กุล และคณะ (2540) เป็นแบบประเมินด้วยตนเอง ใช้ประเมินความรู้สึกหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ

การแปลผลแบ่งคะแนนระดับความเครียดเป็นระดับได้ดังนี้

1-24 คะแนน หมายถึง มีระดับความเครียดต่ำ

25-42 คะแนน หมายถึง มีระดับความเครียดปานกลาง

43-61 คะแนน หมายถึง มีระดับความเครียดสูง

62-100 คะแนน หมายถึง มีระดับความเครียดรุนแรง

แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire) พัฒนาโดย Levenstein et al. (1993) เครื่องมือมีจุดประสงค์สำหรับการประเมินระดับความเครียด โดยประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 22 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ แบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ คือ ผู้ดูแลไม่เคย

เกิดความรู้สึกนั้นเลย จนถึงผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำ แปลผลความเครียดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีความเครียดระดับต่ำ ปานกลาง และสูง

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire) พัฒนาโดย Levenstein et al. (1993) แปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทยโดย วริยา วิชราวัฒน์ (2543) เนื่องด้วยข้อคำถามครอบคลุมตามคำจำกัดความของความเครียดในการศึกษาครั้งนี้

#### 4.5 การสนับสนุนทางสังคม

##### 4.5.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

Cobb (1976) ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่า มีบุคคลให้ความรัก การดูแลเอาใจใส่ ได้รับการยกย่อง รวมทั้งรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่ง ของเครือข่ายสังคมที่มีการติดต่อ และผูกพันกันและกัน

House (1981) ได้ให้ความหมายว่า เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลซึ่งประกอบด้วยความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสารแรงงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Schaefer et al., (1981) ให้ความหมายว่า การที่บุคคลได้รับการสนับสนุนจากบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อกันและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

Maslach (1986) ให้ความหมายว่า เป็นแหล่งประโยชน์ที่มีคุณค่าและช่วยให้บุคคลสามารถได้รับความช่วยเหลือ ได้ข่าวสารใหม่ๆ ทักษะความชำนาญ การเรียนรู้ การประคับประคองทางอารมณ์และพบว่าบุคคลที่ขาดการสนับสนุนทางสังคมจะขาดแนวทางในการดำเนินชีวิตที่ดี

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการรับรู้ของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เช่น การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อน บุคคลที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางด้านสุขภาพ หรือจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ โดยการสนับสนุนช่วยเหลือนั้น ประกอบไปด้วยการสนับสนุนด้านอารมณ์ สังคม การสนับสนุนด้านทรัพยากรและข้อมูลข่าวสาร

##### 4.5.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผลกระทบของการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเครียด กัดดันในชีวิต การสนับสนุนทางสังคมสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของผู้ที่ให้การดูแลได้ โดยเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้บุคคลเชื่อว่ามีความรักและดูแลเอาใจใส่สนใจ ยกย่องหรือเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม (Cobb, 1976) เมื่อผู้ดูแลได้รับ



การสนับสนุนทางสังคมที่ดี ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นใจในการดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลง (กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของ KOKURCAN & GÖĞÜŞ (2015) และ Park et al., (2017) พบว่าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกอ่อนใจในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลลดลง ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

#### 4.5.3 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire) สร้างขึ้นโดย Sarason et al เมื่อปี ค.ศ. 1983 เป็นแบบสอบถามที่ประเมินด้วยตนเอง มี 27 ข้อคำถาม ใช้วัดจำนวนการสนับสนุนทางสังคม และความพึงพอใจในการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ คำตอบที่ใช้คือ มีหรือไม่มี และถ้าตอบว่ามีจะต้องประเมินความพึงพอใจในการได้รับการสนับสนุนนั้น มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่าจาก 1-6 คะแนน

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) กับ Schaefer et al., (1981) เป็นการประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับการช่วยเหลือที่ผู้ดูแลได้รับจากครอบครัวและสังคม ซึ่งพัฒนาโดย เทียนทอง หาระบุตรและ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2556) ได้นำมาปรับปรุงข้อเพื่อให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยคำถามที่มีความหมายทางบวก 24 ข้อ ได้แก่ ด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ คือข้อที่ 1-5 ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า คือข้อที่ 6-10 ด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม คือข้อที่ 11-15 ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ คือข้อที่ 16-20 และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร คือข้อที่ 21-24

Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB) สร้างขึ้นโดย Barrera et al. (1981) แบบประเมินนี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความถี่ของการได้รับการสนับสนุนจากผู้ที่มีความผูกพันกันตามธรรมชาติ เช่น บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรงและครอบครัวใกล้ชิด เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนฝูง เป็นต้น ประเมินความถี่ของเหตุการณ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คำถามมีทั้งหมด จำนวน 40 ข้อ มาตรฐานเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน คือ ไม่ได้รับ ไปถึง 5 คะแนน คือ ได้รับทุกวัน

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb (1976) กับ Schaefer et al., (1981) ซึ่งพัฒนาโดย เทียนทอง หาระบุตร และ เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2556) เนื่องจากมีความเหมาะสมครอบคลุมกับการนำมาใช้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ข้อคำถามเข้าใจง่าย ด้านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเป็นเครื่องมือที่มีความน่าเชื่อถือ ยอมรับได้

#### 4.6 ภาวะการดูแลผู้ป่วย

##### 4.6.1 ความหมายของภาวะการดูแลผู้ป่วย

Pai and Kapur (1981) กล่าวว่า เป็นความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่สามารถประเมินได้ชัดเจน ได้แก่ การรบกวนเวลาส่วนตัว การรบกวนด้านเศรษฐกิจรายได้หรือการพึ่งพาทางการเงิน การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและผลกระทบต่อสุขภาพและจิตใจของผู้ดูแล

Montgomery et al. (1985) ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้และความรู้สึกของผู้ดูแลที่แสดงถึงความเดือดร้อนจากการดูแลผู้ป่วย โดยภาระของผู้ดูแลแบ่งได้เป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากการทำกิจกรรมการดูแลมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) ซึ่งเป็นความรู้สึกหรือการมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแล

Platt (1985) ให้ความหมายว่า เป็นปัญหา ความยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยหรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ภาระยังเป็น การรับรู้ถึงผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

George and Dwyther (1986) ให้ความหมายว่า เป็นความยากลำบาก หรือเป็น สิ่งรบกวนสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

เอมิกา กลยนิ และคณะ (2558) ให้ความหมายว่า การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ว่าเป็นปัญหา ความยุ่งยาก หรือเป็นสิ่งที่รบกวนต่อตนเองในการดำเนินชีวิต

สรุป ภาวะการดูแลผู้ป่วย หมายถึง การรับรู้ของคู่ชีวิตรู้สึกถึงความ เป็นปัญหา ความยากลำบากในการจัดการสิ่งต่าง ๆ ต่อการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเภท อันส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของคู่ชีวิต

##### 4.6.2 ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะการดูแลผู้ป่วยกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ความสัมพันธ์ของภาวะการดูแลผู้ป่วยกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของ Klari et al., (2010) ที่ทำการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างภาระในการดูแลและความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มสมรสของทหารผ่านศึกที่มีโรคเครียดหลังจากเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ (PTSD: Post-traumatic stress disorder) กลุ่มตัวอย่างคือภรรยาทหารผ่านศึก 154 คน ที่คู่ชีวิตประสบโรคเครียดหลังจากเผชิญเหตุการณ์สะเทือนขวัญ และ ภรรยาทหารผ่านศึก 77 คน ในกลุ่ม

ปกติ พบว่าคู่ชีวิตเกิดความรู้สึกเป็นภาระและความเหนื่อยหน่ายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าภาระการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

#### 4.6.3 แบบประเมินภาระการดูแลผู้ป่วย

แบบประเมิน Zarit Burden Interview (ZBI) ฉบับภาษาไทยในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช แปลเป็นภาษาไทยโดย อรวรรณ ศิลปะกิจ และคณะ(2558) มีคำถามทั้งหมด 12 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 รายด้าน คือ ผลกระทบ ความเครียด และความรู้สึกเอาใจใส่ มาตราวัดเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ มีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้หลังจากปรับค่าความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม คำนวณปัจจัยอยู่ในเกณฑ์ดีระหว่าง 0.75 – 0.95 แบบประเมินมีความสอดคล้องภายในทั้งฉบับ 0.88

แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Montgomery et al.(1985) พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยชานี (2544) ต่อมาบุบผา ธนิกกุล (2554) ได้นำมาปรับปรุงเพื่อให้สอดคล้องเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินนี้มีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อแบ่งเป็นด้านภาระเชิงประนัย 12 ข้อ และด้านภาระเชิงอัตนัย 12ข้อ มีลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด การแปลผลจะนำคะแนนมาพิจารณาภาระแยกแต่ละด้าน และภาระการดูแลโดยรวม รวมคะแนนทั้งหมดแล้วนำมาหาค่าเฉลี่ยของภาระในการดูแล คะแนนที่ได้ทั้งหมดจะเริ่มตั้งแต่ 24-120 คะแนน ซึ่งค่าคะแนนมาก หมายถึงมีภาระการดูแลมาก

ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วย ดัดแปลงมาจากแบบวัดของ Montgomery et al. (1985) เนื่องจากมีความเหมาะสมกับบริบทที่ต้องการจะศึกษา และเครื่องมือมีความน่าเชื่อถือได้ ข้อคำถามครอบคลุมและใช้เวลาไม่นานในตอบคำถาม

#### 4.7 การรับรู้การถูกตีตรา

##### 4.7.1 ความหมายของการรับรู้การถูกตีตรา

Goffman (1963) เป็นคนแรกที่ได้แนวคิดเกี่ยวกับการตีตรา นี้ โดยได้อธิบายว่าการรับรู้การถูกตีตรา หมายถึง การทำให้เกิดเครื่องหมายเฉพาะตัวบุคคล โดยจะเป็นการแสดงให้เห็นถึงความผิดปกติของร่างกาย หรือความไม่ดีเกี่ยวกับการประพฤติผิดข้อบัญญัติของศาสนาที่ตนนับถือ ซึ่งเครื่องหมายนั้น เป็นเสมือนการประกาศว่าบุคคลนั้นเป็นนักโทษ อาชญากร หรือบุคคลที่ทรยศต่อประเทศชาติบ้านเมือง เป็นบุคคลที่ไม่น่าคบหาสมาคมด้วย จนกระทั่งในปัจจุบัน คำว่าการตีตรา ได้ถูกนำมาใช้กันอย่างกว้างขวางมากขึ้น โดยนำมาใช้ในรูปแบบของการไม่ยอมรับหรือปฏิเสธลักษณะบางสิ่งบางอย่างที่เกิดขึ้นเฉพาะตัวบุคคล จนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกอับอาย เป็นปมด้อย และถูกทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง (Stuart,2005)

Mak & Cheung (2008) กล่าวว่า การรับรู้การถูกตีตราของผู้ดูแล (Affiliate stigma) เป็นสภาวะของผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับบุคคลที่ถูกตีตราจากการเจ็บป่วย

มีการประเมินตนเอง (Self-evaluation) ในแง่ลบ เกิดความคิดที่ยอมรับว่าตนเองนั้นแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคมจริงเมื่อต้องดูแล และมีความสัมพันธ์ เกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับบุคคลที่ถูกตีตราจากการเจ็บป่วยเหล่านี้ จนเกิดความรู้สึกในแง่ลบต่าง ๆ ขึ้นมาภายใน

จิราภา ศรีรัตน์ และคณะ (2561) ให้ความหมายการรับรู้การถูกตีตราของของมารดาเด็กออทิสติกวัยเรียนว่า สภาวะของมารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีความคิด อารมณ์ หรือความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ เช่น มีความคิดว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม เกิดความอับอายภายในตนเอง รู้สึกว่าตนเองน่ารังเกียจจริง รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยในสังคม อันเกิดจากการรับรู้ถึงปฏิกริยาในแง่ลบต่าง ๆ ของบุคคลภายในสังคมที่แสดงออกมาถึงการไม่ยอมรับ ปฏิเสธ แบ่งแยกกีดกัน เช่น การแสดงความรังเกียจ จ้องมองอย่างจับผิด ต่ำหนิติเตียน จากการที่มารดาเป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กออทิสติกวัยเรียนอย่างใกล้ชิดนั่นเอง

สรุป สภาวะของคู่ชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยจิตเภท มีการประเมินตนเองในแง่ลบ เกิดความคิดที่ยอมรับว่าตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่นในสังคม เกิดความรู้สึกแง่ลบต่างๆภายใน คือความรู้สึกอับอายในตนเอง รู้สึกว่าตนเองน่ารังเกียจ รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อยเนื่องมาจากการรับรู้ปฏิกริยาในแง่ลบต่างๆ ของสังคมที่แสดงออกถึงการแบ่งแยก ไม่ยอมรับ รังเกียจจากการเป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

4.7.2 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การถูกตีตรากับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ Asghar et al., (2018) ศึกษาเกี่ยวกับ ความกดดันทางจิตใจ การรับรู้การถูกตีตรา และความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่ชีวิต ร้อยละ 50 พบว่าการรับรู้การถูกตีตรามีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายและสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

#### 4.7.3 แบบประเมินการรับรู้การถูกตีตรา

แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Affiliate stigma) เป็นแบบประเมิน ที่สร้างขึ้นตามแนวคิด Mak & Cheung (2008) แปลโดยจิตภินันท์ โขศรีศมิพิริฎ (2553) พัฒนาโดยจิราภา ศรีรัตน์ และคณะ (2561) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ (affective) ข้อ 1-7 2) ด้านความคิด (cognitive) ข้อ 8-14 และ 3) ด้านพฤติกรรม (behavioral) ข้อ 15-22 คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ คือ 1-4 คะแนน 4 คะแนน รวมมีค่าตั้งแต่ 22-88 คะแนน ซึ่งคะแนนมาก หมายถึง มีตราบาปมาก

การศึกษารังนี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Affiliate stigma) เนื่องจากมีความสอดคล้องเหมาะสมกับสิ่งที่ต้องการศึกษาที่จะการนำมาใช้กับบริบทกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย

## 4.8 อาการทางบวก

### 4.8.1 ความหมายอาการทางบวก

พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสีกานนท์ (2552) กล่าวว่า อาการทางบวก คืออาการของโรคจิตเภท ประกอบด้วย อาการประสาทหลอน หลงผิด มีพฤติกรรมแปลกประหลาด มีการแสดงอารมณ์ไม่สัมพันธ์กับเหตุการณ์หรือสถานการณ์ มักใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งใช้อารมณ์ และแสดงความโกรธออกมาอย่างรุนแรงทั้งที่มีปัญหาหรือข้อถกเถียงเพียงเล็กน้อย

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2559) ให้ความหมายว่า อาการผิดปกติที่เพิ่มมากกว่าคนทั่วไป อาการอาจจะเกิดขึ้นเร็วและพบได้หลายช่วงของการดำเนินโรค มักพบในช่วงอาการกำเริบ ได้แก่ Delusion , hallucination , Schneiderian first rank symptom, disorganized speech และ disorganized behavior

กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน (2560) ให้ความหมายอาการทางบวกโรคจิตเภท คือ อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและการแสดงพฤติกรรม มีอาการประสาทหลอนหลงผิด ความคิดผิดปกติ เช่น มีพฤติกรรม ก้าวร้าว รุนแรง

สรุป อาการทางบวกของโรคจิตเภท หมายถึงลักษณะอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกมาในด้านอาการหลงผิด มีอาการหูแว่ว สับสนประสาทหลอน มีรูปแบบความคิดที่เกินจากความเป็นจริง รู้สึกหวาดระแวงมากเกินไป รู้สึกไม่เป็นมิตรกับผู้อื่น

### 4.8.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของกัญญา ศรีตะวันและรัชนิกร อุปเสน (2560) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่ชีวิต คิดเป็นร้อยละ 12.7 พบว่าอาการทางบวกของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอาการทางบวกอาจมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

### 4.8.3 แบบประเมินอาการทางบวก

แบบประเมินอาการทางบวก (Scale for Assessment of Positive Symptom) สร้างขึ้นโดย Andreasen (1984) แบบวัดนี้มีจำนวน 30 ข้อ ประกอบไปด้วย 4 รายการ ได้แก่ ประสาทหลอน (hallucination) หลงผิด (delusion) พฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre Behavior) และความคิดผิดปกติ (Positive Formal Thought Disorder) มาตรวัดที่ใช้ในแบบประเมินเป็นแบบประมาณค่า ในระดับ 0-5 ซึ่งคะแนนอยู่ในช่วง 0-150 คะแนน

แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท PANSS (Positive and negative syndrome scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al., (1987) พัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต ทำการประเมินแบบสอบถามโดยผู้วิจัยประกอบด้วย

จำนวนคำถาม 33 ข้อ สรุปผลเป็น T-Score หรือคะแนนมาตรฐานในกราฟ (Profile form) โดยคะแนนค่ามาก หมายถึงมีอาการมาก

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale) พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุธนา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2549) ข้อคำถามมีทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ แบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 0-6 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 18 – 108 คะแนน โดยค่าคะแนน 18-36 คะแนน หมายถึงเกณฑ์ปกติ หรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท PANSS (Positive and negative syndrome scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al., (1987) เนื่องจากเป็นเครื่องมือใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับความนิยม มีความครอบคลุมและสามารถประเมินได้ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบได้ภายในการประเมินครั้งเดียว

#### 4.9 อาการทางลบ

##### 4.4.1 ความหมายของอาการทางลบ

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2558) กล่าวว่าอาการทางลบเป็นอาการแสดงของโรคจิตเภท ซึ่งแสดงออกในด้านความผิดปกติ ได้แก่ พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ การแสดงออกด้านอารมณ์ลดลง เฉยเมย ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชา เก็บตัว ไม่แสดงออก

กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ (2559) ให้ความหมายว่า หมายถึง อาการผิดปกติที่ขาดหรือบกพร่องจากคนทั่วไป เช่น เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ พูดน้อยหรือไม่พูด ไม่มีแรงจูงใจหรือเฉื่อยชาลง ภาวะสิ้นยินดี ไม่เข้าสังคม อาการจะค่อยเป็นค่อยไป และมักพบในช่วงหลังของการดำเนินโรค

กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน (2560) ให้ความหมายอาการทางลบโรคจิตเภทว่า อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ไร้อารมณ์ เฉยเมย หรือมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม แยกตัวจากสังคม บกพร่องเรื่องการเข้าสังคม ซึ่งอาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือขาดโรคจิต

ภัทรภรณ์ พุงปันคำ (2560) ให้ความหมายว่า รูปแบบหรือลักษณะของพฤติกรรมที่แสดงออกถึงการทำหน้าที่ด้านการรับรู้ และการคิดของผู้ป่วยที่มีน้อยกว่าคนทั่วไป ส่งผลให้มีลักษณะพฤติกรรมแสดงออกหรืออาการด้านนั้นน้อยกว่าปกติหากเทียบกับคนทั่วไป

สรุป อาการทางลบโรคจิตเภท หมายถึง ลักษณะอาการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทแสดงออกมาน้อยกว่าคนปกติทั่วไปจะมี เช่นด้านการพูด ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สามารถแสดงปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้มีพฤติกรรมแยกตัว อารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมรอบตัวเอง

#### 4.4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ KOKURCAN & GÖĞÜŞ (2015) ที่ทำการศึกษาคความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่วิต คิดเป็นร้อยละ 25 พบว่าอาการทางลบของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับอาการเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท

#### 4.4.3 แบบประเมินอาการทางลบ

แบบประเมินอาการทางลบ (Scale for Assessment of Negative Symptom) สร้างขึ้นโดย Andreasen (1984) แบบวัดนี้มีจำนวนคำถาม 25 ข้อ ประกอบไปด้วย 5 รายด้าน ได้แก่ Alogia, Affective blunting, Avolition-apathy, Anhedonia-asociality และ Attentional impairment มาตรฐานที่ใช้เป็นแบบประมาณค่า ระดับ 0-5 ซึ่งคะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 0-125 คะแนน

แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินอาการทั้งสองกลุ่มคือ Positive และ Negative syndrome ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale และ Psychopathology Rating Schedule เลือกเอาข้อความต่างๆ ที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการ Positive และ Negative ของโรคจิตเภท เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการต่างๆ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 33 ข้อ ให้คะแนนความรุนแรงของแต่ละอาการตั้งแต่ ไม่มีอาการ (absent) จนถึง มีอาการรุนแรงมาก (extreme) โดยแบ่งการประเมินเป็นกลุ่มอาการต่างๆ ดังนี้ Positive Scale ,Negative Scale ,Composite Index (Positive หักลบ คะแนน Negative) ,General Psychopathology Scale (พยาธิสภาพโดยทั่วไป) และSupplemental Aggression risk (ความเสี่ยงต่อการเกิดอาการก้าวร้าวรุนแรง)

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) โดย นพ.ธนา นิลชัยโกวิท และแปลกลับจากภาษาไทยเป็นอังกฤษเพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการแปลกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดย นพ.ธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม ซึ่งวิธีใช้ในการพัฒนา PANSS ฉบับภาษาไทยนี้ เป็นวิธีที่ Kay และคณะใช้ในการพัฒนา PANSS ฉบับภาษาสเปน (Kay 1991) จากผลการทดสอบเครื่องมือพบว่า PANSS ฉบับภาษาไทยมีความเชื่อถือได้ (reliability) และความแม่นยำตรงอยู่ในเกณฑ์ดีเมื่อเทียบกับ PANSS ฉบับภาษาอังกฤษ

วิธีการคิดคะแนน จากข้อความทั้งหมด 33 ข้อ ใน PANSS 7 ข้อเป็นส่วนของ Positive Scale อีก 7 ข้อ เป็น Negative Scale และที่เหลือ 16 ข้อ เป็น General Psychopathology Scale คะแนน และมีคำถามเพิ่มเติมอีก 3 ข้อ ที่จะใช้เมื่อต้องการประเมินความเสี่ยงในการเกิดอาการ

ก้าวร้าวรุนแรง ของกลุ่มคะแนนทั้ง 3 กลุ่มนี้ ในแต่ละกลุ่มคะแนน จะคิดโดยรวมคะแนนของข้อต่างๆ ดังนั้นสำหรับ Positive และ Negative Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7-49 และสำหรับ General Psychopathology Scale ตั้งแต่ 16-112 สามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 คะแนนนี้จะเป็คะแนนที่สะท้อนถึงความแตกต่างของอาการและบอกว่าอาการใดเด่นกว่าอีกอาการหนึ่งมากน้อยเพียงใด

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale : BPRS) พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์(2549) ข้อคำถามมีทั้งหมดจำนวน 18 ข้อ แบบวัดมีลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 0-6 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18 – 108 คะแนน โดยค่าคะแนน 18-36 คะแนน หมายถึงเกณฑ์ปกติ หรือ มีอาการทางจิตเล็กน้อย

การศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท PANSS (Positive and negative syndrome scale) สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al., (1987) เนื่องจากเป็นเครื่องมือใช้ในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับความนิยม มีความครอบคลุมและสามารถประเมินได้ทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบได้ภายในการประเมินครั้งเดียว

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 5.1 งานวิจัยในประเทศไทย

สิริยา สัมมาวาจ (2532) ได้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ กลุ่มตัวอย่างเป็พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 546 คน ผลการศึกษาพบว่าความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ การลดความเป็นบุคคล และด้านความรู้สึกไม่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย อยู่ในระดับสูงทั้งสามด้าน พยาบาลประจำการที่มีความแตกต่างทางด้านปัจจัยส่วนบุคคล มีความเหนื่อยหน่ายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และสถานภาพสมรส สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายทั้งสามด้านได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มยุรี กลีบวงษ์และคณะ(2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชนครินทร์ จำนวน 375 คน งานวิจัยเป็นการพัฒนาแบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ ที่ศึกษาแบบจำลองเชิงสาเหตุของความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิเคราะห์พบว่าบุคลิกภาพเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อความเครียดของผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลมีความเครียดสูงก็เกิดความเหนื่อยหน่ายสูง



ภาณุมาศ ศรีธิทอง และภิญญาพันธ์ ร่วมชาติ (2556) ได้ศึกษาปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 308 คน งานวิจัยเป็นการศึกษาระดับความเหนื่อยหน่าย ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยทางชีวจิตสังคม และศึกษาปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยในระดับต่ำ ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย อายุของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ร้อยละ 39.7 โดยพบตัวทำนายที่สำคัญ คือ ความเครียด และความเข้มแข็งในการมองโลก

กัญญา ศรีตะวันและ รัชนิกร อุปเสน(2560) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 440 คน งานวิจัยเป็นการศึกษาระดับความเหนื่อยหน่ายและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรพบว่าระดับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการมองข้ามความบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ความเครียด อาการทางลบ อาการทางบวก และอายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่าย และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้คูชีวิตเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกไม่เห็นคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วยและการดำเนินชีวิต ทำให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ได้คัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยต่อไปนี้

## 5.2 งานวิจัยในต่างประเทศ

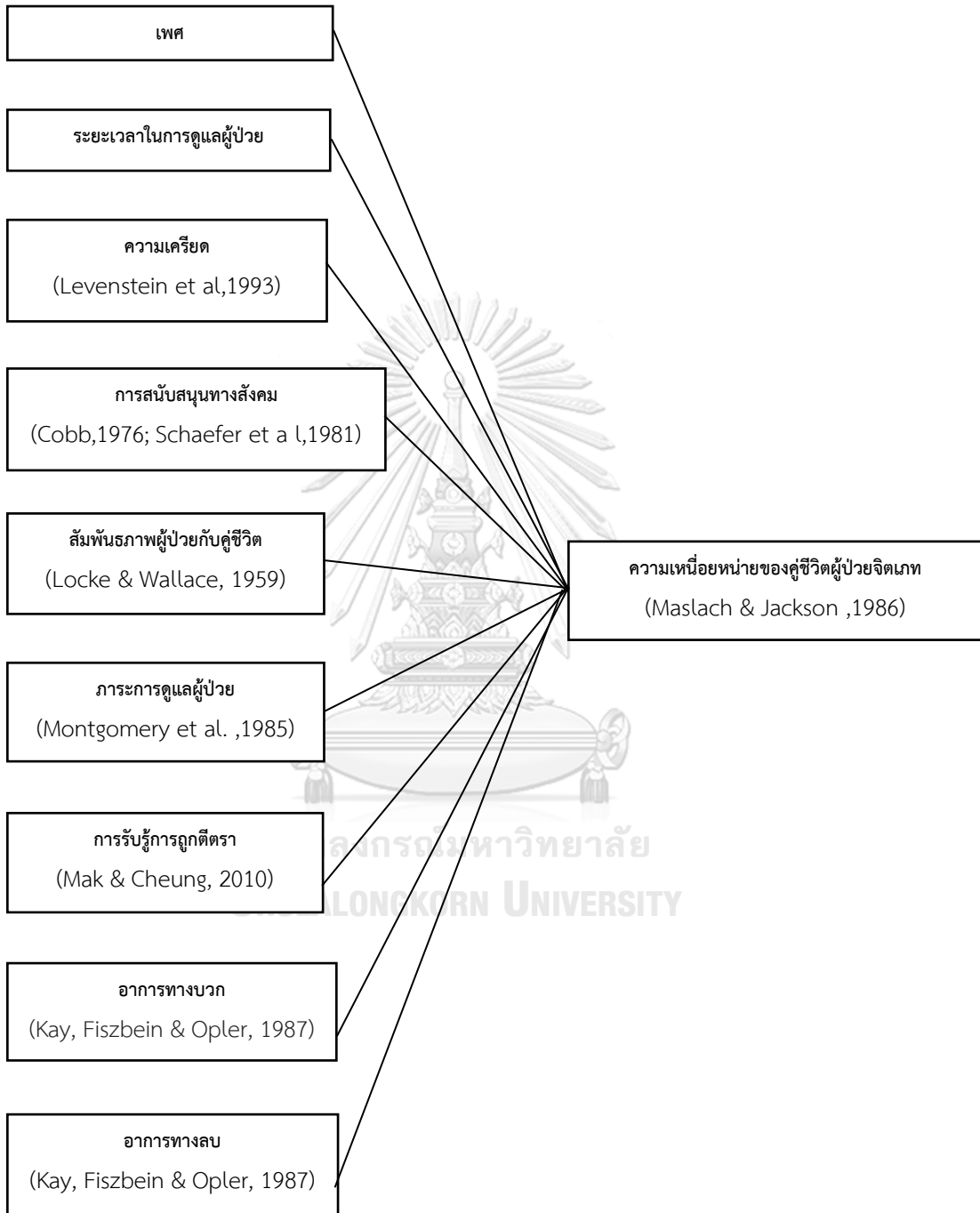
Tel et al. (2013) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเหนื่อยหน่ายและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 103 คน โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า Beck Depression Inventory จากการศึกษาพบว่าความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ

KOKURCAN & GÖĞÜŞ (2015) ได้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 76 คน โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) พบว่าความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 21.22 ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.55 และด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 5 อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายหากผู้ป่วยมีอาการทางลบผู้ดูแลจะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงอย่างมีนัยสำคัญ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมความเหนื่อยหน่ายก็จะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

Demirbas & Kizil (2017) ได้ศึกษาความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 40 คน โดยใช้แบบประเมินความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) Beck Depression Inventory (BDI) และ Beck Anxiety Inventory (BAI) พบว่า เพศ สถานภาพ และระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ ความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียดและความวิตกกังวล นอกจากนี้พบว่าความเหนื่อยหน่ายด้านการลดคุณค่าความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล อย่างมีนัยสำคัญ

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยดังต่อไปนี้ คือ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ ที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังแสดงไว้ในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้

## 6. กรอบแนวคิดการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยา ที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้าง และมีอายุ 20-59 ปี

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้วิจัยเลือกหน่วยตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง(Purposive Sampling) คือ ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร ผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยา ที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ และมีอายุ 20-59 ปี

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ

1. มีอายุตั้งแต่ 20-59ปี
2. มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยา ที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีการทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนสมรสกับผู้ป่วย และให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป (Maslach ,1986) โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

### การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยสูตรของThorndike (1978) คือ

$$n = 10k + 50$$

เมื่อ  $n$  หมายถึง ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

$k$  หมายถึง จำนวนตัวแปรที่ศึกษาทั้งหมด

จะได้ว่า  $n = (10 \times 10) + 50 = 150$  รวมได้ 150 คน

เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้นจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนสรุป 180 คน ซึ่งผู้วิจัยได้เลือกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยเลือกจำนวนสถานที่เก็บข้อมูล 2 แห่ง และเลือกสถานที่เก็บข้อมูลด้วยวิธีการเลือกหน่วยตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นไม่เท่ากัน (Probability Proportional to Size) ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และเพื่อให้เกิดการปราศจากความลำเอียงหรืออคติในการทำวิจัย ผู้วิจัยจึงทำการแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล โดยศึกษาหาข้อมูลสถิติผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในปี พ.ศ. 2562-2564 ของโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง พบว่าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีจำนวนผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 21,817 คน จำนวนเข้ารับบริการทั้งหมด 97,795 ราย ( กลุ่มงานยุทธศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จเจ้าพระยา, 2565) และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีจำนวนผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งหมด 713 คน จำนวนเข้ารับบริการทั้งหมด 2,816 ราย (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย, 2565) จากนั้นจึงคำนวณต่อโดยการเทียบบัญญัติไตรยางค์เพื่อหาสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่างการวิจัย} = \frac{\text{ยอดจำนวนผู้เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก (คน)} \times 180}{\text{ยอดจำนวนผู้เข้ารับบริการทั้งสองโรงพยาบาล (คน)}}$$

จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลการวิจัยจากสถาบันจิตเวชศาสตร์-สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 175 คน และจำนวนกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลการวิจัยจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จำนวน 5 คน โดยไม่จำกัดจำนวนเพศหญิงหรือชาย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกหน่วยตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อโรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งหมด 9 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โรงพยาบาลรามธิบดี โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลวชิรพยาบาล โรงพยาบาลเลิดสิน โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา (ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ ,2565)

2. ทำการเลือกจำนวนสถานที่เก็บข้อมูล 2 แห่ง และเลือกสถานที่เก็บข้อมูล ด้วยวิธีการเลือกหน่วยตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นไม่เท่ากัน (Probability Proportional to Size) ได้สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

3. กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล เนื่องจากประชากรในแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน ซึ่งจากการสำรวจจำนวนประชากรผู้ป่วยโรคจิตเวชที่เข้ารับบริการที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก ในปีพ.ศ.2562-2564 ทั้งในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนผู้ป่วยจิตเภท	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา	21,817 คน	175 คน
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย	713 คน	5 คน
รวม	จำนวน 22,530 คน	จำนวน 180 คน

4. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยเก็บจากคู่มือชีวิตที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยคู่มือชีวิตผู้ป่วยจิตเภทตอบแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้สำหรับเก็บข้อมูล โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2566 ครอบคลุมตัวอย่างครบจำนวน 180 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ประกอบไปด้วย 8 ส่วน เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบเอง (Self-report questionnaires) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษา คั่นคว่าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และอาชีพของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนทั้งหมด 5 ข้อคำถาม

#### ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory (MBI) สร้างขึ้นโดย Maslach & Jackson (1986) นำมาแปลเป็นภาษาไทยโดย สิริยา สัมมาวาจ (2532) พัฒนาโดย มยุรี กลั้ววงษ์และคณะ (2552) แบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อคำถาม โดยให้ผู้ตอบเป็นผู้ประเมินความถี่และความรุนแรง ของการเกิดความรู้สึกดังกล่าวด้วยตัวเอง เป็นเครื่องมือวัดแบบประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-6 จากคำตอบ ตั้งแต่ “ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย” ถึง “มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆวัน” ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) 9 ข้อ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (depersonalization) 5 ข้อ ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (personal accomplishment) 8 ข้อ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.85

การคำนวณและการแปลผลคะแนน เกณฑ์การเลือกตอบและให้คะแนนความเหนื่อยหน่าย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 มาตรา โดยมีการให้คะแนนความเหนื่อยหน่ายทางด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) และด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (depersonalization) ดังนี้

ระดับความรู้สึก	คะแนนที่ได้
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	0 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง	1 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง	2 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง	3 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	4 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	5 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วัน	6 คะแนน

ส่วนเกณฑ์การให้คะแนนความเหนื่อยหน่ายทางด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (personal accomplishment) มีทิศทางตรงข้ามกัน ดังนี้

ระดับความรู้สึก	คะแนนที่ได้
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนั้นเลย	6 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นปีละ 2-3 ครั้ง	5 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 1 ครั้ง	4 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นเดือนละ 2-3 ครั้ง	3 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 1 ครั้ง	2 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	1 คะแนน
มีความรู้สึกเช่นนั้นทุกๆ วัน	0 คะแนน

การแปลผล แบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านออกเป็น ระดับต่ำ ระดับปานกลาง ระดับสูง ใช้เกณฑ์คิดคะแนนของ Maslach & Jackson(1986) ดังนี้

ความเหนื่อยหน่ายรายด้าน	ช่วงคะแนน ระดับต่ำ	ช่วงคะแนน ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนน ระดับสูง
ความอ่อนล้าทางอารมณ์	0-16	17-26	>26
การมองข้ามคุณค่าความเป็นคนของผู้อื่น	0-6	7-12	>12
ด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล	>38	32- 38	0 - 31

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจิตเภทมีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Polit & Beck, 2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94

ในประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ตัดข้อความที่มีความซ้ำซ้อนหรือมีความหมายเดียวกันกับข้ออื่นจำนวน 3 ข้อ และปรับข้อความคำถามให้กระชับให้ผู้ตอบอ่านเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 9 “ฉันรู้สึกแน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยที่ทำงานอยู่มีคุณประโยชน์ต่อชีวิตผู้ป่วย”  
ปรับเป็น “ฉันแน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ดีในการมีชีวิตอยู่”



ข้อที่ 11 “ฉันรู้สึกกังวลว่า ถ้าฉันทำหน้าที่ดูแลชีวิตต่อไป จะทำให้จิตใจของฉันแข็งแกร่งมากขึ้น” ปรับเป็น “ฉันกังวลว่า ถ้าฉันทำหน้าที่ดูแลชีวิตต่อไป ทำให้จิตใจของฉันแข็งแกร่งมากขึ้น”

ข้อที่ 22 “ฉันมักได้รับคำตำหนิจากชีวิตหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง” ปรับเป็น “ฉันมักได้รับคำตำหนิในทุกๆเรื่องจากชีวิตหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง”

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง และไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์คือค่าที่ได้ต้องอยู่ช่วง 0.70 – 0.90 (Polit & Beck, 2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.85

### ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire)

สร้างขึ้นโดย Levenstein et al. (1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย วริยา วิชราวัฒน์ (2543) เครื่องมือมีจุดประสงค์สำหรับการประเมินระดับความเครียด โดยประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็นคำถามทางบวก 22 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83

แบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่

ไม่เคย	หมายถึง ผู้ดูแลไม่เคยเกิดความรู้สึกนั้นเลย
เป็นบางครั้ง	หมายถึง ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเป็นบางครั้ง
บ่อย ๆ	หมายถึง ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นบ่อย ๆ
เป็นประจำ	หมายถึง ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกนั้นเป็นประจำ

โดยการให้คะแนนแต่ละข้อคำถามแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

	ข้อคำถามทางบวก	ข้อคำถามทางลบ
ไม่เคย	ได้ 1 คะแนน	ได้ 4 คะแนน
เป็นบางครั้ง	ได้ 2 คะแนน	ได้ 3 คะแนน
บ่อย ๆ	ได้ 3 คะแนน	ได้ 2 คะแนน
เป็นประจำ	ได้ 4 คะแนน	ได้ 1 คะแนน

การคำนวณและการแปลผล คะแนนรวมทุกข้อของแบบสอบถามการรับรู้ความเครียด มีค่าระหว่าง 30-120 คะแนน โดยสามารถแปลผลเป็นระดับความเครียด 3 ระดับ ดังนี้

30 – 60 คะแนน	หมายถึง มีความเครียดระดับต่ำ
61 – 90 คะแนน	หมายถึง มีความเครียดระดับปานกลาง

91 – 120 คะแนน หมายถึง มีความเครียดระดับสูง

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจิตเภทมีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93

ในประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับข้อความในคำถามให้กระชับ และให้ผู้ตอบอ่านเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 1 “ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อน” ปรับเป็น “ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ”

ข้อที่ 6 “ท่านรู้สึกอยู่ในสถานการณ์ขัดแย้ง” ปรับเป็น “ท่านรู้สึกอยู่ในสถานการณ์ขัดแย้ง ตัวอย่างเช่น การทะเลาะกันของคู่ชีวิตกับคนในบ้าน การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา เป็นต้น”

ข้อที่ 7 “ท่านรู้สึกว่าตนเองกำลังทำสิ่งที่ชอบอย่างแท้จริง” ปรับเป็น “ท่านรู้สึกว่าตนเองกำลังทำสิ่งที่ชอบอย่างแท้จริง ตัวอย่างเช่น การดูแลช่วยเหลือคู่ชีวิตในกิจวัตรประจำวันเรื่องต่างๆ เป็นต้น”

ข้อที่ 10 “ท่านรู้สึกสงบ” ปรับเป็น “ท่านรู้สึกสงบ สบายใจ และมีความสุข”

ข้อที่ 26 “ท่านรู้สึกเหนื่อย เพลียใจ” ปรับเป็น “ท่านรู้สึกอ่อนเพลีย และเหนื่อยหน่าย”

**2.การหาค่าความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง และไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach’s Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์คือค่าที่ได้ต้องอยู่ช่วง 0.70 – 0.90 (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.94

### ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Cobb(1976) และ Schaefer et al., (1981) พัฒนาโดย เทียนทอง ทาระบุตร และ

เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2556). แบบสอบถามมีทั้งหมด 24 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 5 ด้าน เพื่อประเมินความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้ยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินสิ่งของ และการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.96

การคำนวณและการแปลผล ผู้ตอบจะให้คะแนน 1 – 5 ตามลำดับ ตั้งแต่ “น้อยที่สุด” “น้อย” “ปานกลาง” “มาก” “มากที่สุด”

	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

โดยคิดคะแนนคะแนนรวมทุกข้อของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าระหว่าง 20-100 คะแนน แบ่งเป็นระดับได้ดังนี้

20-46 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

47-73 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

74-100 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากกนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจิตเภทมีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94

ในประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ตัดข้อความที่มีความซ้ำซ้อนหรือมีความหมายเดียวกันกับข้ออื่นๆออกจำนวน 4 ข้อ และปรับข้อความให้กระชับ ให้ผู้อ่านเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 7 “ท่านสามารถให้คำปรึกษาแก่คนที่มีปัญหาได้” ปรับเป็น “ท่านสามารถให้คำปรึกษาแก่ผู้อื่นที่มีชีวิตเป็นโรคจิตเภทได้”

ข้อที่ 16 “ท่านได้รับเงินค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอ” ปรับเป็น “ท่านได้รับเงินค่าใช้จ่ายอย่างเพียงพอจากครอบครัวและชุมชน(ถ้ามี)”

ข้อที่ 24 “มีคนคอยให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาและเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน” ปรับเป็น “มีคนคอยให้คำแนะนำ เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน”

**2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง และไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์คือค่าที่ได้ต้องอยู่ช่วง 0.70 – 0.90 (Polit & Beck, 2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.92

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพของคูชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดการปรับตัวในชีวิตสมรส (Marital Adjustment Test) สร้างโดย Locke & Wallace ปี ค.ศ.1959 พัฒนาโดย พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2540) แบบสอบถามมีทั้งหมด 15 ข้อประกอบด้วยมิติในการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน ความเห็นพ้องของคูชีวิต ความปรองดองของคูชีวิต และความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคูชีวิต การแปลผล จะแบ่งสัมพันธภาพในชีวิตคู่เป็น 2 กลุ่ม คือ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคูไม่ดี และจัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคูดี มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.90

การคำนวณและการแปลผล รวมคะแนนในทุกข้อ จากนั้นแปลผลโดยแบ่งสัมพันธภาพในชีวิตคูเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

ค่าคะแนน 2 - 93 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคูไม่ดี

ค่าคะแนน 94 - 158 จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคูดี

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากกนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้าน

โรคจิตเภทมีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99

ในประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับข้อความในคำถามให้กระชับ ให้ผู้ตอบอ่านเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 1 “ท่านโปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ท่านเห็นว่าเป็นตัวแทนความสุขในชีวิตของท่านได้ดีที่สุด” ปรับเป็น “ท่านโปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ท่านเห็นว่าป็นระดับความสุขในชีวิตของท่านได้ดีที่สุด”

ข้อที่ 2 “การจัดการค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว” ปรับเป็น “การจัดการค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว ตัวอย่างเช่น ค่าน้ำ-ค่าไฟฟ้าในบ้าน ค่าอาหาร เป็นต้น”

ข้อที่ 3 “การพักผ่อนหย่อนใจ” ปรับเป็น “การพักผ่อนหย่อนใจกับคูชีวิตของท่าน”

ข้อที่ 8 “ปรัชญาในการดำรงชีวิต(เป้าหมายของชีวิตและครอบครัว)” ปรับเป็น “เป้าหมายของชีวิตและครอบครัว”

**2.การหาค่าความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง และไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์คือค่าที่ได้ต้องอยู่ช่วง 0.70 – 0.90 (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.75

### ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระการดูแลผู้ป่วย

ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สร้างโดย Montgomery et al. (1985) พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งแบบประเมินมีลักษณะคำถามประเมินการรับรู้ภาระตามความรู้สึกของคูชีวิตที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็นด้านภาระเชิงปรนัยเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 12 ข้อ และด้านภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางด้านอารมณ์และทัศนคติ 12 ข้อ มีลักษณะคะแนนคำตอบเป็นมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.93

การวัดภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำได้โดยให้คู่ชีวิตตอบข้อความในแต่ละข้อว่าตนเองมีความรู้สึก ความนึกคิด และประสบการณ์ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากน้อยเพียงใด ประเมินโดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถามดังนี้

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

การคำนวณและการแปลผล โดยคะแนนรวมทุกข้อที่ได้จะนำมาพิจารณาภาวะแต่ละประเภทแยกจากกัน และภาวะการดูแลโดยรวม ให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน จากนั้นรวมคะแนนทั้งหมดของแบบสอบถาม โดยมีคะแนนต่ำสุด 24 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 120 คะแนน ซึ่งหมายถึง มีภาวะการดูแลมาก โดยแบ่งตามระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 98 - 120 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมากที่สุด

คะแนน 84 - 97 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมาก

คะแนน 60 - 83 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลปานกลาง

คะแนน 36 - 59 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลน้อย

คะแนน 24 - 35 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)** ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากกนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจิตเภทมีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง (APN) 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1

**2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง และไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้

สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์คือค่าที่ได้ต้องอยู่ช่วง 0.70 – 0.90 (Polit & Beck ,2012) (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.94

### ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ตราบาป

แบบประเมินการรับรู้ตราบาปนี้ถูกสร้างขึ้นโดย Mak & Cheung, (2010) แปลเป็นภาษาไทยโดย จิตภินันท์ โขศรีศรัทธา (2553) พัฒนาโดย จิราภา ศรีรัตน์ และคณะ (2561) แบบสอบถามมีทั้งหมด 22 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบบสอบถามแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (affective) 7ข้อ ด้านความคิด (cognitive) 7ข้อ และด้านพฤติกรรม (behavioral) 8 ข้อ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.88

การคำนวณและการแปลผล คิดคะแนนโดยการนำคะแนนรายข้อมารวมกันทั้งหมดทุกข้อ มีคะแนนต่ำสุด 22 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 88 คะแนน ซึ่งหมายถึงมีตราบาปมาก โดยแบ่งตามระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 22 – 55 คะแนน แสดงว่ามีตราบาปมาก

คะแนน 56 – 88 คะแนน แสดงว่ามีตราบาปน้อย

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1.การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ จากนั้นนำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจิตเภทมีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปี จำนวน 1 คน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง (APN) 3 คน ตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความครอบคลุมของเนื้อหาตลอดจนการใช้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยใช้เกณฑ์ค่า  $CVI \geq 0.80$  (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98

ในประเด็นที่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ผู้วิจัยได้ปรับข้อความในคำถามให้กระชับ ให้ผู้อ่านเข้าใจง่ายขึ้น ดังนี้

ข้อที่ 11 “การมีคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อฉัน” ปรับเป็น “การมีคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นจิตเภทส่งผลกระทบต่อฉัน ตัวอย่างเช่น พักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกเครียด เป็นต้น”

**2.การหาค่าความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง และไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์คือค่าที่ได้ต้องอยู่ช่วง 0.70 – 0.90 (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.98

### ส่วนที่ 8 แบบประเมินอาการทางบวกผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย PASS-T

เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale และ Psychopathology Rating Schedule เลือกเอาข้อคำถามต่างๆ ที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการ Positive ของโรคจิตเภท เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 อาการ ได้แก่ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งทำร้าย ความคิดสับสน ตื่นเต้นกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง และความรู้สึกว่าไม่เป็นมิตร โดยผู้ประเมินจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงทางจิต

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย นพ.ธนา นิลชัยโกวิท และแปลกลับจากภาษาไทยเป็นอังกฤษเพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการแปลกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดย นพ.ธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม ซึ่งวิธีใช้ในการพัฒนาฉบับภาษาไทยนี้เป็นวิธีที่ Kay และคณะใช้ในการพัฒนา PANSS ฉบับภาษาสเปน (Kay 1991) จากผลการทดสอบเครื่องมือพบว่าฉบับภาษาไทยมีความเชื่อถือได้ (reliability) และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อเทียบกับฉบับภาษาอังกฤษ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.83 (ธนา นิลชัยโกวิท , 2543)

เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับระดับความรุนแรงทั้ง 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละข้อจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ คือ ไม่มีอาการ (absent) มีอาการขั้นต่ำสุด (minimal) มีอาการเล็กน้อย (mild) มีอาการปานกลาง (moderate) มีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe) มีอาการรุนแรง (severe) และมีอาการรุนแรงมาก (extreme)

วิธีการคิดคะแนน จากข้อคำถามทั้งหมดในส่วนของ Positive Scale จะมีคะแนนรวมได้ตั้งแต่ 7-49 คะแนน ซึ่งสามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาหักลบกับ คะแนนของ Positive Scale จะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 คะแนนนี้จะเป็นคะแนนที่สะท้อนถึงความแตกต่างของอาการและบอกว่าอาการใดเด่นกว่าอีกอาการหนึ่งเล็กน้อยเพียงใด ซึ่งหากผลคะแนนใน Composite Scale เป็นทิศทางบวก (มากกว่า 0) จะถูกจัดเป็นอาการทางบวก (ธนา นิลชัยโกวิท , 2543)

**การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**



**การหาค่าความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง และไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์คือค่าที่ได้ต้องอยู่ช่วง 0.70 – 0.90 (Polit & Beck ,2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.89

### ส่วนที่ 9 แบบประเมินอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย NASS-T

เครื่องมือนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale และ Psychopathology Rating Schedule เลือกเอาข้อคำถามต่างๆ ที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการ Negative ของโรคจิตเภท เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 อาการ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ มีอารมณ์เฉยเมย มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวออกจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นธรรมชาติและขาดการสนทนาต่อเนื่อง และการคิดอย่างตายตัว โดยผู้ประเมินจะให้คะแนนตามระดับความรุนแรงทางจิต

ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ได้ร่วมกันพัฒนาเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย นพ.ธนา นิลชัยโกวิท และแปลกลับจากภาษาไทยเป็นอังกฤษเพื่อตรวจสอบความถูกต้องในการแปลกับต้นฉบับภาษาอังกฤษ โดย นพ.ธีรเกียรติ เจริญเศรษฐศิลป์ หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม ซึ่งวิธีใช้ในการพัฒนาฉบับภาษาไทยนี้เป็นวิธีที่ Kay และคณะใช้ในการพัฒนา PANSS ฉบับภาษาสเปน (Kay 1991) จากผลการทดสอบเครื่องมือพบว่าฉบับภาษาไทยมีความเชื่อถือได้ (reliability) และความแม่นยำอยู่ในเกณฑ์ดี เมื่อเทียบกับฉบับภาษาอังกฤษ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.83 (ธนา นิลชัยโกวิท , 2543)

เกณฑ์การให้คะแนนสำหรับระดับความรุนแรงทั้ง 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละข้อจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ คือ ไม่มีอาการ (absent) มีอาการขั้นต่ำสุด (minimal) มีอาการเล็กน้อย (mild) มีอาการปานกลาง (moderate) มีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe) มีอาการรุนแรง (severe) และมีอาการรุนแรงมาก (extreme)

การคำนวณและการแปลผล จากข้อคำถามทั้งหมดในส่วนของ Negative Scale จะมีคะแนนรวมได้ตั้งแต่ 7-49 คะแนน ซึ่งสามารถคิดคะแนนของ Composite Scale ได้ โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาหักลบกับ คะแนนของ Positive Scale จะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 คะแนนนี้จะเป็นคะแนนที่สะท้อนถึงความแตกต่างของอาการและบอกว่าอาการใดเด่นกว่าอีกอาการหนึ่งเล็กน้อยเพียงใด ซึ่งหากผลคะแนนใน Composite Scale เป็นทิศทางลบ (น้อยกว่า 0) จะถูกจัดเป็นอาการทางลบ (ธนา นิลชัยโกวิท , 2543)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

**การหาค่าความเที่ยง (Reliability)** ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง และไม่ได้ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 30 คน จากนั้นวิเคราะห์ค่าความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์คือค่าที่ได้ต้องอยู่ช่วง 0.70 – 0.90 (Polit & Beck, 2012) ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.82

### ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2566 โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

2. ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. หลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำการวิจัยในแต่ละโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยนัดหมายและเข้าพบหัวหน้าแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดต่างๆ วิธีการเก็บข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการตามที่กำหนด และปรึกษาในการวางแผนเก็บข้อมูลร่วมกัน เนื่องจากเป็นช่วงแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จากนั้นผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2566 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 48 สัปดาห์

4. นำแบบประเมินดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองกับคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อคูชีวิตยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกจากทั้งการประกาศรับอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย และคัดเลือกจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและเลือกคูชีวิตที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือก

4.2 อธิบายวิธีการทำแบบสอบถามและให้คูชีวิตตอบคำถามด้วยตนเอง ในแบบประเมินส่วนที่ 1-7 ให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเอง และแบบประเมินส่วนที่ 8 ผู้ช่วยวิจัยที่

ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ จะเป็นผู้ทำการประเมิน โดยใช้เวลาดั้งสั้นประมาณ 30-40 นาที ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกต ยกเว้นในกรณีคู่มือที่มองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมิน ผู้วิจัยจะซักถามคู่มือด้วยตัวเอง

5. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ได้ข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมด 180 ชุด นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วน เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ ได้ข้อมูลแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมด 180 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 จากนั้นนำแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้ง 2 โรงพยาบาลซึ่งเป็นแหล่งเก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย หมายเลขรับรอง 694/64 ระหว่างวันที่ 28 กันยายน 2564 ถึง 27 กันยายน 2565 และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา หมายเลขรับรอง SD.IRB.SUBMIT 022/2564 ระหว่างวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง 21 สิงหาคม 2565 ผู้วิจัยขอพบบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวขอความร่วมมือในการวิจัย โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัย โดยไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างหรือต่อการรักษาแต่อย่างใด ในระหว่างการทำวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการที่ได้รับ ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการทำวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลที่แท้จริง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและเป็นไปในเชิงวิชาการ และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

### การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

หลังจากที่ได้ข้อมูลถูกต้องครบถ้วนตามที่กำหนด ผู้วิจัยได้ลงรหัสข้อมูล บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป Statistical package for the social science (SPSS) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และอาชีพของคู่ชีวิต วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ระดับความเหนื่อยหน่าย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Independent Sample t-test

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบค่า  $r$  โดยการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ดังนี้ (อวยพร เรื่องตระกูล, 2553)

- เมื่อ  $r$  มีค่า 0.0 – 0.2 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำมาก
- เมื่อ  $r$  มีค่า 0.2 – 0.4 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำ
- เมื่อ  $r$  มีค่า 0.4 – 0.6 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง
- เมื่อ  $r$  มีค่า 0.6 – 0.8 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูง
- เมื่อ  $r$  มีค่า 0.8 – 1.0 แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูงมาก

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินทั้งหมด 8 ส่วน โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมจำนวน 180 คน จากคูชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นลำดับ ดังนี้

**ตอนที่ 1** ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และอาชีพของคูชีวิต โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 2

**ตอนที่ 2** ศึกษาข้อมูลระดับความเหนื่อยหน่าย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท โดยหาค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 3 - 10

**ตอนที่ 3** ศึกษาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้สถิติ t-test แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 11

**ตอนที่ 4** ศึกษาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการวิเคราะห์ Pearson 's Correlation Coefficient แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 12

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และอาชีพของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (n=180)

ข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	109	60.6
หญิง	71	39.4
<b>อายุ (<math>\bar{X}</math> =44.79, S.D. =7.86)</b>		
20-40 ปี	62	34.5
41-60 ปี	118	65.5
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	54	30
มัธยมศึกษา	66	36.7
ปริญญาตรี	52	28.9
ไม่ได้ศึกษา	8	4.4
<b>ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (<math>\bar{X}</math> =8.06, S.D. =5.20)</b>		
1-5 ปี	72	40
6-10 ปี	64	35.6
11-15 ปี	30	16.5
16-20 ปี	10	5.6
มากกว่า 20 ปี	4	2.3
<b>อาชีพ</b>		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	79	43.9
รับราชการ	10	5.6
รับจ้างทั่วไป	57	31.7
เกษตรกร	12	6.7
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	10
พนักงานเอกชน	4	2.2

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจำนวน 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 มีอายุเฉลี่ย 44.79 ปี กลุ่มอายุที่มากที่สุดเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลาง คือ อายุ 41-60 ปี ร้อยละ 65.5 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 8.06 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 36.7 และประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 43.9

ตอนที่ 2 ระดับความเหนื่อยหน่าย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคู่ชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ผลคะแนนค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท (n=180)

ความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต	$\bar{X}$	S.D.
<b>ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์</b>		
การดูแลคู่ชีวิตที่ทำอยู่ ทำให้ฉันรู้สึกจิตใจห่อเหี่ยว	1.86	1.87
ฉันรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นตอนเช้า และเมื่อนึกถึงว่าต้องทำหน้าที่ดูแลคู่ชีวิตอีก	1.76	1.88
การดูแลคู่ชีวิตตลอดวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด	2.24	1.65
ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลคู่ชีวิตที่ทำอยู่	1.67	1.95
ฉันรู้สึกว่าดูแลคู่ชีวิตที่ทำอยู่ หนักมากเกินไป	2.33	1.91
ฉันรู้สึกหมดความอดทนที่จะดูแลคู่ชีวิตต่อไป	1.16	1.57
<b>รวม</b>	11.02	10.83
<b>ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย</b>		
บางครั้งฉันรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อคู่ชีวิต โดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของเขา	1.68	1.77
ฉันรู้สึกว่าจิตใจของฉันหยาบกระด้างต่อผู้คนมากขึ้นนับตั้งแต่ทำหน้าที่ดูแลคู่ชีวิต	1.33	1.80
ฉันกังวลว่า ถ้าฉันทำหน้าที่ดูแลคู่ชีวิตต่อไป จะทำให้จิตใจของฉันแข็งกระด้างมากขึ้น	1.57	1.90
ฉันไม่สนใจว่าอะไรที่เกิดขึ้นกับคู่ชีวิต	1.47	1.82
ฉันมักได้รับคำตำหนิในทุกๆเรื่องจากคู่ชีวิตหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง	0.31	0.77
<b>รวม</b>	6.36	8.06

## ตารางที่ 3 (ต่อ)

ความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต	$\bar{X}$	S.D.
<b>ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย</b>		
ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของคู่ชีวิตได้ดี	1.41	1.09
ฉันสามารถช่วยแก้ปัญหาคู่ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ	1.62	1.17
ฉันแน่ใจว่าการดูแลคู่ชีวิตเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติในการมีชีวิตคู่	1.01	0.93
ฉันรู้สึกเปี่ยมไปด้วยพลังในการดูแลคู่ชีวิต	1.76	1.33
ฉันสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับคู่ชีวิตและคนรอบข้างได้ง่าย	2.27	1.37
ฉันรู้สึกเป็นสุขใจจากการได้ทำหน้าที่ดูแลคู่ชีวิต	1.62	1.05
ฉันรู้สึกประสบความสำเร็จที่มีคุณค่ามากมายจากการที่ได้ดูแลคู่ชีวิต	1.68	1.11
ในการดูแลคู่ชีวิต ฉันสามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างสุขุม	2.08	1.59
<b>รวม</b>	<b>13.45</b>	<b>9.64</b>

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีค่าเฉลี่ยรวม 11.02 คะแนน แปลผลระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ โดยคำถามข้อที่ 5. การดูแลคู่ชีวิตตลอดวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 2.24 คะแนน (S.D. = 1.65)

ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยรวม 6.36 คะแนน แปลผลระดับความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยคำถามข้อที่ 4. บางครั้งฉันรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อคู่ชีวิต โดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของเขา มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 1.68 คะแนน (S.D. = 1.77)

ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยรวม 13.45 คะแนน แปลผลระดับความเหนื่อยหน่ายด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง โดยคำถามข้อที่ 14. ฉันสามารถสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเองกับคู่ชีวิตและคนรอบข้างได้ง่าย มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 2.27 คะแนน (S.D. = 1.37)



ตารางที่ 4 ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคู่ชีวิต (n=180)

ระดับสัมพันธภาพ					
ระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคู่ชีวิต	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
สัมพันธภาพในชีวิตคู่ไม่ดี	2-93	58	32.2		
สัมพันธภาพในชีวิตคู่ดี	94-158	122	67.8		
รวม		180	100	98.12	15.22

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคู่ชีวิต มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 98.12 คะแนน (S.D. = 15.22) มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่ดี จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 67.8 และสัมพันธภาพในชีวิตคู่ไม่ดี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 32.2

ตารางที่ 5 ระดับความเครียดของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180)

ระดับความเครียดของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท					
โรคจิตเภท	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ความเครียดระดับต่ำ	30 – 60	80	44.44		
ความเครียดระดับปานกลาง	61 – 90	99	55		
ความเครียดระดับสูง	91 – 120	1	0.56		
รวม		180	100	63.68	14.56

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับความเครียดของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 63.68 คะแนน (S.D. = 14.56) ระดับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 55 รองลงมาอยู่ในความเครียดระดับต่ำ จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 และมีความเครียดระดับสูง 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.56 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 การสนับสนุนทางสังคมของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180)

การสนับสนุนทางสังคมของ					
คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ระดับต่ำ	20 – 46	2	1.11		
ระดับปานกลาง	47 – 73	64	35.6		
ระดับสูง	74 – 100	114	63.3		
รวม		180	100	73.31	9.57

จากตารางที่ 6 พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 73.31 คะแนน (S.D. = 9.57) การสนับสนุนทางสังคมของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 63.3 รองลงมาเป็นการสนับสนุนทางสังคมของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 35.6 และมีการสนับสนุนทางสังคมของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.11 ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ภาวะการดูแลผู้ป่วยของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180)

ระดับภาวะการดูแลผู้ป่วย					
โรคจิตเภท	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
น้อยที่สุด	98 – 120	38	21.11		
น้อย	84 – 97	62	34.44		
ปานกลาง	60 – 83	78	43.33		
มาก	36 – 59	2	1.12		
มากที่สุด	24 – 35	0	0		
รวม		180	100	54.57	15.70

จากตารางที่ 7 พบว่าภาวะการดูแลผู้ป่วยของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 54.57 คะแนน (S.D. = 15.70) ภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของคู่ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 รองลงมาคือมีภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของคู่ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อย จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 34.44 มีภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของคู่ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับน้อยที่สุด จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 21.11 และภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของคู่ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.12 ตามลำดับ

ตารางที่ 8 การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180)

การรับรู้การถูกตีตราของ คู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
มีตราบาปน้อย	22 – 55	144	80		
มีตราบาปมาก	56 – 88	36	20		
รวม		180	100	40.58	15.84

จากตารางที่ 8 พบว่าการรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 40.58 คะแนน (S.D. = 15.84) การรับรู้การถูกตีตรามีตราบาปน้อย จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 80 และการรับรู้การถูกตีตรามีตราบาปมาก จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 20 ตามลำดับ

ตารางที่ 9 อาการทางบวกของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180)

อาการทางบวก	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
Composite Scale					
> 0 อาการทางบวก	7 – 46	23	12.78	8.62	4.85

จากตารางที่ 9 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน มีอาการเด่นจัดเป็นกลุ่มอาการทางบวก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.62 คะแนน (S.D. = 4.85) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 12.78

ตารางที่ 10 อาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180)

อาการทางลบ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
Composite Scale					
> 0 อาการทางลบ	7 – 40	157	87.22	11.46	5.49

จากตารางที่ 10 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน มีอาการเด่นจัดเป็นกลุ่มอาการทางลบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 11.46 คะแนน (S.D. = 5.49) จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 87.22

ตอนที่ 3 ศึกษาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบที

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยโรคจิตเภท (n=180)

เพศ	จำนวน	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value
<b>ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์</b>						
ชาย	109	1.96	1.55	1.362	161	0.175
หญิง	71	1.65	1.39			
<b>ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย</b>						
ชาย	109	1.40	1.06	2.092	158	0.038*
หญิง	71	1.08	0.98			
<b>ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วย</b>						
ชาย	109	1.66	0.65	0.539	137	0.591
หญิง	71	1.71	0.73			
<b>รวมทุกด้าน</b>						
ชาย	109	1.68	0.75	1.381	178	0.169
หญิง	71	1.53	0.73			

จากตารางที่ 11 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิต ผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายใน ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์เฉลี่ย 1.96 คะแนน (S.D. = 1.55) และ 1.65 คะแนน (S.D. = 1.39) ตามลำดับ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในด้านการอ่อนล้าทางอารมณ์ระหว่างกลุ่ม ตัวอย่างเพศชายกับเพศหญิงแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.175)

กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยเฉลี่ย 1.40 คะแนน (S.D. = 1.06) และ 1.08 คะแนน (S.D. = 0.98) ตามลำดับ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มตัวอย่าง เพศชายกับเพศหญิงแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.038)

กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในด้านความรู้สึกไม่ ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 1.66 คะแนน (S.D. = 0.65) และ 1.71 คะแนน (S.D. = 0.73) ตามลำดับ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการ ดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายกับเพศหญิงแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value = 0.591)

กลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายโดยรวมทุกด้านเฉลี่ย 1.68 คะแนน (S.D. = 0.75) และ 1.53 คะแนน (S.D. = 0.73) ตามลำดับ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยความ เหนื่อยหน่ายโดยรวมทุกด้านระหว่างกลุ่มตัวอย่างเพศชายกับเพศหญิงแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติ ( $p$ -value = 0.169)

ตอนที่ 4 ศึกษาข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท  
สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย  
การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิต  
ของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการวิเคราะห์ Pearson 's Correlation Coefficient

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธ์ภาพระหว่าง  
ผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตรา  
ของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิต  
เภท (n=180)

ปัจจัย	ด้านความ อ่อนล้า ทางอารมณ์		ด้านการลด ความเป็นบุคคล ของผู้ป่วย		ด้านความรู้สึก ไม่ประสบ ความสำเร็จใน การดูแลผู้ป่วย		รวมทุกด้าน	
	r	p-value	r	p-value	r	p-value	r	p-value
	สัมพันธ์ภาพ ผู้ป่วยกับคู่ชีวิต	-0.422*	<0.001	-0.207*	0.005	-0.273*	<0.001	-0.450*
ความเครียด	0.770*	<0.001	0.640*	<0.001	0.247*	<0.001	0.819*	<0.001
การสนับสนุน ทางสังคม	-0.099	0.188	-0.071	0.346	-0.170*	0.023	-0.154*	0.039
ระยะเวลาในการ ดูแลผู้ป่วย	0.004	0.957	-0.040	0.598	0.188*	0.011	0.061	0.417
ภาวะการดูแล ผู้ป่วย	0.826*	<0.001	0.819*	<0.001	-0.120	0.108	0.779*	<0.001
อาการทางลบ	0.361*	<0.001	0.333*	<0.001	-0.121	0.105	0.305*	<0.001
อาการทางบวก	0.498*	<0.001	0.499*	<0.001	0.026	0.730	0.509*	<0.001
การรับรู้การถูกตี ตราของคู่ชีวิต	0.695*	<0.001	0.737*	<0.001	-0.002	0.982	0.711*	<0.001

หมายเหตุ r, ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 12 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Pearson 's Correlation Coefficient) มีรายละเอียดดังนี้

1. สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิตกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ( $r = -0.422$ ) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ( $r = -0.207$ ) ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ( $r = -0.273$ ) และสัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิตกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ( $r = -0.450$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ความเครียดกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = 0.770$ ) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = 0.640$ ) ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ( $r = 0.247$ ) และความเครียดกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงมาก ( $r = 0.819$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการสนับสนุนทางสังคมของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ( $r = -0.170$ ) และการสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำมาก ( $r = -0.154$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมาก ( $r = 0.061$ ) และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้าน

5. ภาวะการดูแลผู้ป่วยกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = 0.826$ ) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = 0.826$ ) ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะการดูแลผู้ป่วย และภาวะการดูแลผู้ป่วยกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = 0.779$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. อาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r = 0.361$ ) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r = 0.333$ ) ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับอาการทางลบ และอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r = 0.305$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

7. อาการทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r = 0.498$ ) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ( $r = 0.499$ ) ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับอาการทางบวก และอาการทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = 0.509$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

8. การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิตกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ( $r = 0.695$ ) ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = 0.737$ ) ด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต และการรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิตกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ( $r = 0.711$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของ คู้ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย โรคจิตเภทกับคู้ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การรับรู้ การถูกตีตราของคู้ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู้ชีวิตของผู้ป่วย โรคจิตเภท มีวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู้ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคู้ชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของคู้ชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภท

โดยมีสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เพศ มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. ความเครียด ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของ คู้ชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู้ชีวิตของ ผู้ป่วยจิตเภท
3. สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู้ชีวิต การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับ ความเหนื่อยหน่ายของคู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่เป็นคู้ชีวิตของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจาก จิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รับการรักษาแบบผู้ป่วย ในโรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิที่มีแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ในเขตกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยา ที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคจิตเภท และให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และมีอายุ 20-59 ปี

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้วิจัยเลือกหน่วยตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นไม่เท่ากัน (Probability Proportional to Size) คือ ในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการสูตรของThorndike (1978) ได้จำนวน 150 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึง เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ดังนั้น จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวนสรุป 180 คน ซึ่งเป็น

ผู้ดูแลหลักที่เป็นคู่ชีวิตของผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยา ที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน และมีอายุ 20-59 ปี

ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ

1. มีอายุตั้งแต่ 20-59ปี
2. มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยา ที่พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีการทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนสมรสกับผู้ป่วย และให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป (Maslach ,1986) โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

3. สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบไปด้วยข้อมูล 8 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษา ค้นคว้าและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และอาชีพของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนทั้งหมด 5 ข้อคำถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้เครื่องมือวัดความเหนื่อยหน่าย Maslach Burnout Inventory(MBI) แบบสอบถามนี้มีทั้งหมด 19 ข้อคำถาม ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 3 ด้าน คือ ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์ (emotional exhaustion) ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่น (depersonalization) และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแล (personal accomplishment) การแปลผล จะแบ่งระดับความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านออกเป็น ระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และมีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.85

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Questionnaire) เครื่องมือมีจุดประสงค์สำหรับการประเมินระดับความเครียด โดยประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างให้การดูแลผู้ป่วย แบบสอบถามมีทั้งหมด 30 ข้อ แบ่งเป็นคำถามทางบวก 22 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) แบ่งคำตอบออกเป็น 4 ระดับ การแปลผลแบ่งเป็นระดับความเครียด 3 ระดับ คือ ความเครียดระดับต่ำ ความเครียดระดับปานกลาง และความเครียดระดับสูง ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.93 และมีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 20 ข้อคำถาม ซึ่งเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 5 ด้าน คือ การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ การได้ยอมรับและเห็นคุณค่า การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินสิ่งของ และการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การแปลผล แบ่งเป็นระดับความเครียด 3 ระดับ คือ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง และได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 และมีค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.92

ส่วนที่ 5 แบบประเมินสัมพันธภาพของคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามรวมทั้งหมด 15 ข้อ ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 4 ด้าน คือ ความเป็นเพื่อนซึ่งกันและกัน ความเห็นพ้องของคู่ชีวิต ความปรองดองของคู่ชีวิต และความไว้วางใจซึ่งกันและกันของคู่ชีวิต การแปลผล จะแบ่งสัมพันธภาพในชีวิตคู่เป็น 2 กลุ่ม คือ จัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่มดี และจัดอยู่ในกลุ่มที่มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่อ่อน ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.99 และมีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินมีลักษณะคำถามประเมินการรับรู้ภาระตามความรู้สึกของคู่ชีวิตที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวนทั้งหมด 24 ข้อ ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยมิติในการประเมิน 2 ด้าน คือ ด้านภาระเชิงปรนัย 12 ข้อ และด้านภาระเชิงอัตนัย 12 ข้อ การแปลผล แบ่งเป็นการมีภาระ 5 ระดับ คือ มีภาระในการดูแลมากที่สุด มีภาระในการดูแลมาก มีภาระในการดูแลปานกลาง มีภาระในการดูแลน้อย และมีภาระในการดูแลน้อยที่สุด ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 และมีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.94

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้ตราบาป ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบบสอบถามแบ่งการประเมินออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (affective) ด้านความคิด (cognitive) และด้านพฤติกรรม (behavioral) การแปลผลจะแบ่งการรับรู้ตราบาปเป็น 2 กลุ่ม คือ มีตราบาปมาก และมีตราบาปน้อย ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และมีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 8 แบบประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย PASS-T เป็นข้อคำถามต่างๆ ที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการทางบวก (Positive) ของโรคจิตเภท เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 อาการ ได้แก่ อาการหลงผิด ความคิดสับสน อาการประสาทหลอน ความรู้สึกระแวงว่ามีคนมุ่งทำร้าย ความคิดสับสน ตื่นเต้นกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง และ

ความรู้สึกว่าไม่เป็นมิตร ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และมีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.89

ส่วนที่ 9 แบบประเมินอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภท ฉบับภาษาไทย NASS-T เป็นข้อคำถามที่บ่งบอกถึงกลุ่มอาการทางลบ (Negative) ของโรคจิตเภท เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการต่างๆ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 อาการ ได้แก่ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ มีอารมณ์เฉยเมย มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวออกจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นธรรมชาติและขาดการลื่นไหลต่อเนื่อง และการคิดอย่างตายตัว ซึ่งแบบวัดนี้มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.95 และมีค่าความเที่ยงที่ได้เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรม ผู้วิจัยนัดหมายและเข้าพบหัวหน้าแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดต่างๆ วิธีการเก็บข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการตามที่กำหนด และปรึกษาในการวางแผนเก็บข้อมูลร่วมกัน จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองพร้อมกับผู้ช่วยวิจัยที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และและโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย โดยสลับหมุนเวียนกันไปในแต่ละโรงพยาบาล ตามช่วงวันและเวลาที่ทางคลินิกจิตเวชของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2565 ถึงวันที่ 11 มกราคม 2566 รวมระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 48 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดสถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และอาชีพของผู้ป่วย วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูลระดับความเหนื่อยหน่าย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของผู้ป่วย อารมณ์ทางบวกและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติทดสอบที

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของผู้ป่วย อารมณ์ทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

## สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ได้สรุปผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท มีจำนวน 180 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.6 มีอายุเฉลี่ย 44.79 ปี กลุ่มอายุที่มากที่สุดเป็นกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลาง คืออายุ 41-60 ปี ร้อยละ 65.5 มีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 8.06 ปี ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 36.7 และประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 43.9

2. ระดับความเหนื่อยหน่าย ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความรู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง ระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคูชีวิต มีสัมพันธภาพในชีวิตคู่อี จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 67.22 ( $\bar{X}=98.13$  S.D.=33.77) ความเครียดของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ระดับความเครียดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 99 คน คิดเป็นร้อยละ 55 ( $\bar{X}=63.68$  S.D.=24.27) การสนับสนุนทางสังคมของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 63.89 ( $\bar{X}=73.31$  S.D.=4.22) ภาระการดูแลผู้ป่วยของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 43.33 ( $\bar{X}=54.57$  S.D.=23.31) การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท รับรู้การถูกตีตรามีตราเบาปาน้อย จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 80 ( $\bar{X}=40.57$  S.D.=17.68) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเด่นจัดเป็นกลุ่มอาการทางบวก จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 12.78 ( $\bar{X}=8.62$  S.D.=4.85) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการเด่นจัดเป็นกลุ่มอาการทางลบ จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 87.22 ( $\bar{X}=11.46$  S.D.=5.49)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท รวมทุกด้าน ตามสมมติฐานการวิจัยได้สรุปผลดังนี้

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร เพศกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติ t-test พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ภาวะเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวกและอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของ

ผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า

3.2.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทรวมทุกด้านของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3.2.2 สัมพันธภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคูชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายรวมทุกด้านของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ ( $r = -0.450$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าสัมพันธภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทกับคูชีวิตดี จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง

3.2.3 ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายรวมทุกด้านของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูงมาก ( $r = .819$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าคูชีวิตเกิดความเครียดเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.4 การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายรวมทุกด้านของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับต่ำมาก ( $r = -.154$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าคูชีวิตมีการสนับสนุนทางสังคมดีขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง

3.2.5 ภาระการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายรวมทุกด้านของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ( $r = .779$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าคูชีวิตมีภาระการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.6 การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายรวมทุกด้านของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง ( $r = .711$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าคูชีวิตมีการรับรู้การถูกตีตราเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.7 อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้าน ในระดับปานกลาง ( $r = .509$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางบวกเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

3.2.8 อาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทรวมทุกด้านในระดับต่ำ ( $r = .305$ ) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย แสดงว่าถ้าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการทางลบเพิ่มขึ้น จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น

## อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

### 1. ความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่สถานจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จังหวัดกรุงเทพมหานคร ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 180 ราย พบว่าความเหนื่อยหน่ายด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากจากการวิเคราะห์ข้อมูลคูชีวิตส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อยู่ในช่วง 1-5 ปี นับเป็นระยะเวลาที่เริ่มต้นดูแลผู้ป่วยได้ไม่นานมาก คูชีวิตบางคนอาจเกิดการปรับตัวได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดความเครียดและก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายได้ ซึ่งภานุมาส ศรีธิทอง และ ภิญญาพันธ์ ร่วมชาติ. (2556) พบว่าความท้อถอยองค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเครียด ในความเหนื่อยหน่ายด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง และความเหนื่อยหน่ายด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง เนื่องจากในระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ทำให้เห็นถึงประสิทธิภาพในการทำงาน โดยคูชีวิตที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าคูชีวิตที่ดูแลผู้ป่วยมาในเวลาระยะสั้น ทั้งนี้เพราะวิวุฒิและประสภารณที่มากขึ้น จะทำให้คูชีวิตมีการปรับตัว มองโลกกว้างไกลและสุขุมรอบคอบยิ่งขึ้น (มยุรี กลับวงศ์ และคณะ,2552)

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลในด้านต่างๆในงานวิจัยครั้งนี้ พบว่าคูชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุของคูชีวิตผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 41-60ปี คือกลุ่มผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีความอดทนและมีความรับผิดชอบสูงทั้งในด้านครอบครัว สังคม และหน้าที่การงาน ยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลตนเองและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตัวเองได้ แต่ก็ในช่วงวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพเสื่อมลง ดังนั้น หากคูชีวิตที่มีการปรับตัวไม่ดี อาจเกิดความเครียดในการดูแลผู้ป่วยได้ (เอมิกา กลยนิ และคณะ,2558). คูชีวิตส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง1-5 ปี ซึ่งเป็นช่วงเวลาเพิ่งเริ่มต้นในการดูแลผู้ป่วย การปรับตัวและทักษะต่างๆในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงยังไม่ได้คงที่เท่าที่ควร อาจส่งผลให้เกิดความเครียดได้ ในส่วนระดับการศึกษา คูชีวิตส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งอาจมีส่วนทำให้มีทักษะและความรู้ในการบริหารหรือจัดการปัญหาได้ไม่ดี เนื่องจากการศึกษาเป็นการพัฒนาความรู้และสติปัญญาของบุคคลนั้น ยิ่งหากมีระดับการศึกษาที่สูง ก็จะสามารถเรียนรู้และเข้าใจได้เร็วขึ้น อีกทั้งสามารถแสวงหาข้อมูลความรู้ต่างๆ มาใช้ในการปรับแก้ไขปัญหาในการดูแลผู้ป่วยและดูแลตนเองได้ อาชีพของคูชีวิตส่วนใหญ่ คืออาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว ซึ่งเป็นอาชีพที่มีรายได้ไม่แน่นอน เมื่อต้องเป็นผู้ดูแลรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในบ้าน รวมถึงค่ารักษาพยาบาลและการเดินทางมาโรงพยาบาล

ของผู้ป่วยจิตเภท อาจมีผลกระทบให้มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดูแลความต้องการพื้นฐานมนุษย์ในชีวิต ส่งผลให้ผู้มีชีวิตเกิดความเครียดได้ แต่ด้วยสัมพันธภาพของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทมีความผูกพันทางใจที่ลึกซึ้ง ซักซ้อ มีความแตกต่างจากผู้ดูแลกลุ่มอื่น จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ เกิดความอดทนและการยอมรับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ สามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

## 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับความเหนื่อยของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

**2.1 เพศ** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน (2560) ที่พบว่าทั้งเพศหญิงและเพศชายสามารถเกิดความเหนื่อยหน่ายไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนมากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมพื้นฐานที่บุคคลทั่วไปสามารถปฏิบัติได้ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งในสังคมปัจจุบันเพศหญิงและเพศชายมีความเท่าเทียมกันในด้านกฎหมาย การศึกษา อาชีพ และสังคม สอดคล้องกับ Demirbas & Kizil (2017) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแตกต่างจาก Tel et al (2013) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญ

**2.2 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่าช่วงระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยของคู่ชีวิต ไม่ว่าจะช่วงระยะเวลาสั้นหรือยาวนาน ก็ไม่ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายได้ จากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คู่ชีวิตส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1-5 ปี และมีระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 8.06 ปี สอดคล้องกับ กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน (2560) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสอดคล้องกับ ภาณุมาศ ศรีธิทอง และภิญญาพันธ์ ร่วมชาติ (2556) ที่พบว่า ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งผู้ป่วยบางคนเป็นๆหายๆ แต่ในขณะที่บางคนมีอาการเรื้อรัง ซึ่งโดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยแต่ละคน ดังนั้น ระยะเวลาในการดูแลจึงไม่มีความสัมพันธ์ความเหนื่อยหน่าย ซึ่งแตกต่างจาก Maslach & Jackson (1986) และ Angermeyer et al (2006) ที่พบว่า ในผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยกว่าผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาสั้น ซึ่งเกิดจากบุคคลนั้นมีประสบการณ์ที่มากขึ้น จะทำให้มีการปรับตัวได้มากขึ้น และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของทั้งคู่ชีวิตและพยาบาลจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ

**2.3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า สัมพันธภาพผู้ป่วยกับคู่ชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = -0.450$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า



เนื่องจากโรคจิตเภท เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยมากที่สุด (Isler et al.,2022) หากผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยดี ก็สามารถให้การดูแลได้เป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีในสังคมโดยไม่สร้างปัญหาให้กับสังคม จากการศึกษาของ วรารัตน์ ทะมั่งกลาง(2545) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลที่ไม่ดีพอจะเป็นปัจจัยที่สามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยใจ เป็นทุกข์ รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายและขาดพลังใจในการดูแล สอดคล้องกับ Granek et al., (2016) ที่พบว่าผลกระทบต่อความสัมพันธ์ทางระหว่างชีวิตกับผู้ป่วยโรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้วซึ่งอยู่ในบริบทโรคทางจิตเวชเรื้อรัง คือชีวิตเกิดความไม่มั่นใจในความระยะยาวระหว่างชีวิตคู่ ขาดความไว้วางใจในพฤติกรรมต่าง ๆ ของชีวิต และขาดความใกล้ชิดสนิทสนม(intimacy)ระหว่างผู้ป่วยกับชีวิต คู่ชีวิตเกิดความเหนื่อยล้าและความรู้สึกเป็นภาระจากการดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับ Jacob & Ahmed (2018) ที่พบว่าในคู่ชีวิตและผู้ป่วยจิตเภทที่มีความพึงพอใจและมีสัมพันธภาพต่อกันที่ดี เป็นปัจจัยสำคัญในชีวิตที่จะก่อให้เกิดความสงบสุขระหว่างชีวิตคู่และครอบครัว สามารถช่วยให้เกิดความสงบสุขในสังคมได้อีกด้วย

**2.4 ภาวะเครียด** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.819$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า คู่ชีวิตที่มีบุคลิกภาพต่างกันจะส่งผลให้เกิดความเครียดที่แตกต่างกัน หากคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับตัวที่ไม่ดี สามารถส่งผลให้เกิดความเครียดได้ง่าย ซึ่งหากคู่ชีวิตยังเกิดความเครียดมาก ก็จะทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายมากตามขึ้นไปด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ มยรี กลับวงษ์ และคณะ (2552) พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยหน่ายสูงจะส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้อยลงด้วย และสอดคล้องกับการศึกษา กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุบเสน (2560) ที่พบว่าความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อีกทั้ง Koutsimani et al., (2019) พบว่า ความเหนื่อยหน่ายเป็นผลมาจากการเกิดความเครียดเรื้อรังและสภาพแวดล้อมในการทำงานขณะที่เครียด มักจะกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลตามมาด้วย การที่คู่ชีวิตใช้เวลากับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการไม่คงที่ ทำให้คู่ชีวิตรู้สึกทุกข์ มีความเครียด จนเสียสมดุลในการใช้ชีวิตตนเอง (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ,2563)

**2.5 การสนับสนุนทางสังคม** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=-.154$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 อธิบายได้ว่า ด้วยบริบทสังคมไทยเป็นครอบครัวใหญ่ มีสมาชิกในบ้านหลาย หลากหลายช่วงวัย เมื่อคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทได้รับกำลังใจ การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือคนรอบข้าง การสนับสนุนจากสังคม และบุคลากรทางการ

แพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุข จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรูสึกปลอดภัย บรรเทาจากความเครียด เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยหน่ายลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน (2560) พบว่าเมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดความรูสึกมั่นใจในการดูแลสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเหนื่อยหน่ายลดลง และสอดคล้องกับการศึกษาของ KOKURCAN & GÖĞÜŞ (2015) และการศึกษาของ Park et al., (2017) พบว่าหากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยรูสึกอุ่นใจในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ ส่งผลให้ความเหนื่อยหน่ายของลดลง

**2.6 ภาวะการดูแลผู้ป่วย** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ภาวะการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.779$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยต้องรับบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ที่เพิ่มจากบทบาทเดิมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องปรับตัวหลายด้าน ใช้ความพยายามเพิ่มสูงขึ้นจากเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยรูสึกยากลำบาก เกิดภาวะเพิ่มขึ้นกับตัวเอง ก่อให้เกิดความเครียดและเกิดความเหนื่อยหน่ายเพิ่มมากขึ้นได้ (วารสารต้นทมะมงคล,2545) สอดคล้องกับศึกษาของ Onwumere et al (2018) พบว่าภาวะในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายในด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์และด้านการลดความเป็นบุคคลของผู้ป่วย เกิดประสบการณ์การดูแลในเชิงด้านลบมากขึ้น

**2.7 การรับรู้การถูกตีตราของผู้ป่วย** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า การรับรู้การถูกตีตราของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.711$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องเพิ่มบทบาทจากการเป็นคนรัก สู่การรับบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้ได้ถึง ความแตกต่างของผู้ป่วยของตนเองที่ไม่เหมือนคนอื่น การรับรู้ได้ถึง การแสดงออกของคนในสังคมถึงความไม่เข้าใจ การไม่ยอมรับ การปฏิเสธ ทำให้รูสึกไม่ติดต่อปฏิภรียาในแง่ลบต่างๆที่คนในสังคมแสดงออกมา จึงเกิดการปรับตัวต่างๆขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการหลีกเลี่ยงการเข้าสังคม มีการจำกัดการดำเนินชีวิตภายในสังคมตัวเองและครอบครัว ช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องรับภาระหนักด้านค่าใช้จ่ายต่างๆและอารมณ์ ตลอดจนความรูสึกถูกตีตราจากความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย (Khali et al.,2022) ส่งผลให้เกิดความรูสึกผิดภายในตนเอง เกิดความเครียดมากขึ้น ด้วยข้อจำกัดที่หลากหลาย เกิดการรับรู้การถูกตีตราที่มากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยหน่ายมากขึ้น มีการศึกษาในประเทศอินเดียของ Singh et al., (2016) ทำการศึกษาเกี่ยวกับตราบาปในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การถูกตีตราอยู่ในระดับสูงมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Asghar et al.,

(2018) ซึ่งทำการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การถูกตีตราทำนายความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูงมากเช่นเดียวกัน

**2.8 อาการทางบวก** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.509$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกมาก ก็ส่งผลให้คู่วิตผู้ป่วยจิตเภทเหนื่อยหน่ายมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี กลั้ววงษ์ และคณะ(2552) พบว่าผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายเนื่องจากต้องเผชิญกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่สามารถคาดเดาได้ ทั้งพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง รวมทั้งทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญา ศรีตะวันและ รัชนิกร อุปเสน (2560) ที่พบว่าอาการทางบวกของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการเหนื่อยหน่าย เนื่องจากลักษณะอาการทางจิตที่มีอาการรุนแรง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความยุ่งยากลำบากใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัญหาที่สะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยหน่ายได้

**2.9 อาการทางลบ** จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอาการทางลบ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.305$ ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 อธิบายได้ว่าหากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบมาก ก็ส่งผลให้คู่วิตผู้ป่วยจิตเภทเหนื่อยหน่ายมากขึ้น เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชน อาการที่พบเป็นอาการทางลบ ซึ่งเป็นอาการเรื้อรังของโรคจิตเภท (KOKURCAN & GÖĞÜŞ,2015) สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา ศรีตะวันและ รัชนิกร อุปเสน (2560) พบว่าเนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเกือบทุกด้าน จึงต้องเผชิญกับอาการทางลบและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่นพฤติกรรมแยกตัว ซึมเฉย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ปฏิบัติกิจกรรมใด ๆ ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามทุกวิถีทางในการเผชิญต่อพฤติกรรมดังกล่าว จนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าทุกข์ทรมาน เกิดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ที่คาดการณ์ไม่ได้ และ สอดคล้องกับการศึกษาของ Khali et al.(2022) ที่พบว่า การไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย รวมถึงการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความสัมพันธ์กันกับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญ เกิดภาวะและความเหนื่อยหน่ายในระดับที่สูงขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าระดับความเหนื่อยหน่าย ด้านอาการอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ด้านการมองข้ามความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง และด้านความไม่สมหวังในผลสำเร็จของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรจัดโปรแกรมหรือกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้และเข้าใจ เกิดทักษะในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงดูแลตนเองได้มากยิ่งขึ้น

2. จากการวิจัยครั้งนี้พบว่าปัจจัย เพศ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคู่ชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกละเมิดของคู่ชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นทีมบุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวช ควรจัดโปรแกรมสนับสนุนการดูแลทั้งคู่ชีวิตและผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ตามเต็มศักยภาพ ลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงความสัมพันธ์หรือเชิงทำนายในปัจจัยอื่นที่ส่งผลทำให้เกิดความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทที่หลากหลายเพิ่มขึ้น เช่น ความเข้มแข็งทางใจ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นต้น

2. การวิจัยครั้งนี้พบว่ามียุทธศาสตร์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายกับคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาวิจัยรูปแบบการวิจัยเชิงทดลอง เพื่อพัฒนาโปรแกรมช่วยลดความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กฤตยา อาชวนิจกุล.(2554). เพศวิถีที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปในสังคมไทย.วารสารประชากรและสังคม, 15(1), 43-66.
- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2559). โรคจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่น (Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders). In จิตเวช ศิริราช DSM-5 (pp. 768 หน้า). กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทย การพิมพ์.
- กรมสุขภาพจิต.(2543).คู่มือคลายเครียด (ฉบับปรับปรุงใหม่). 3 ed. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม - แห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) และนโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2560 - 2561. นนทบุรี: สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต.(2566). รายงานผู้ป่วยที่เข้ารับบริการด้านจิตเวช. Retrieved 4 March 2023 from <https://dmh.go.th/report/datacenter/hdc/>
- กัญญา ศรีตะวันและ รัชนิกร อุปเสน. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารพยาบาลทหารบก, 18(1), หน้า 308-314.
- กীরติญา ไทยอยู่. (2558). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคจิตเวช. เอกสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 กรุงเทพมหานคร (สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง).
- กลุ่มงานยุทธศาสตร์และเทคโนโลยีสารสนเทศ สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ.รายงานสถิติผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกประจำปี พ.ศ. 2562-2564.[เว็บบล็อก].สืบค้นจาก <http://www.somdet.go.th>
- จันทนา เจริญเวช. (2556). ความเข้มแข็งอดทนด้านจิตใจกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 27(1): 121-135.
- จิราภา ศรีรัตน์, ประนอม รอดคำดี และสุนิสา สุขตระกูล. (2561). ประสบการณ์ของมารดาเด็กออทิสติกวัยเรียนที่รับรู้การถูกตีตรา. วารสารพยาบาลทหารบก, 19(2), 211-219.
- จิตภินันท์ โชครศรีมิหิรัญ. (2553). ผลของโปรแกรม กลุ่มจิตศึกษาต่อการลดความรู้สึกเป็น ตราบาปในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

- เทียนทอง ทหาระบุตร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2556). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลัง  
 สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,  
 27(3), หน้า 113 -124.
- ธนา นิลชัยโกวิท. (2543). เครื่องมือวัดกลุ่มอาการบวกและลบของโรคจิตเภท ฉบับภาษาไทย  
 (PANSS-T): การตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :  
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยชานี. (2544). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถ  
 ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล  
 สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิภาวรรณ ศรีโยหะ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2560). ประสบการณ์การดูแลของคู่วิตผู้ป่วย  
 โรคจิตเภท. วารสารวิทยาลัยพระปกเกล้า จันทบุรี, ปีที่31(1), หน้า 129 -142.
- น้ำทิพย์ สงวนบุญพงษ์ และ สายใจ พัวพันธ์. (2560). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษา  
 ของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสาร  
 พยาบาลทหารบก, ปีที่18(1), หน้า 229 - 236.
- ปัญญา ทองทัฬ และ กฤตยา แสงจเรญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการ  
 จัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขา  
 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ, 31(4), 121-127.
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, สุชาติ พหลภาคย์ และอุบล นิวัติชัย. (2562). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท :  
 บทบาทและกระบวนการ. เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.
- พรชัย จุลเมตต์ และ ยุพิน ถนนวนิชย์. (2544). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล  
 ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 9, 32-46.
- พรทิพย์ วงศ์วิเศษสิริกุล. (2540) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพระหว่างคู่  
 สมรสแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การปรับเปลี่ยนบทบาทเป็น  
 มารดากับอาการวิตกกังวล และซึมเศร้าภายหลังคลอด ในมารดาที่มีบุตรคนแรก.  
 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทศึกษาศาสตร์ , บัณฑิตวิทยาลัย , มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา; ชานเมืองการพิมพ์.
- พิมพ์ชนา ศิริเหมอนันต์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และอติตยา พรชิตเกตุ โอว ยอง. (2555).  
 การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวน  
 หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย  
 ,57(2), 235-248.
- ภัทรภรณ์ ทุ่งป็นคำ. (2560). การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ภาณุมาศ ศรีธิทอง และ ภิญญาพันธ์ ร่วมชาติ. (2556). ปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความ  
เหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน -  
มหาราช จังหวัดตาก. **วารสารวิชาการศิลปศาสตร์ประยุกต์**, 6(2), หน้า 2 - 12.

มยุรี กลั้ววงษ์, ผจจจิต อินทสุวรรณ, วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี และ นันทิกา ทวิชาชาติ. (2552). ปัจจัย  
ที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล  
**วารสารพฤติกรรมศาสตร์**, 15(1), หน้า 57 - 75.

มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ (ครั้งที่4)**. กรุงเทพฯ :  
รพีพงศ์ ยังวารสวัสดิ์. (2559). รูปแบบการให้การปรึกษาครอบครัวแบบบูรณาการเพื่อเสริมสร้าง  
ความสำเร็จในชีวิตสมรสของคู่สมรส. **วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**, ปีที่10(1), หน้า 130-145

ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (2565). **จำนวนหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
จำแนกตามระดับของสถานพยาบาล**. Retrieved 4 April 2023 from  
[https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat\\_id=b415510618  
e13273b2f2918587f86e5d&id=67c3037f24c14781b03159583f5b7a58#](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=b415510618e13273b2f2918587f86e5d&id=67c3037f24c14781b03159583f5b7a58#)

ราชบัณฑิตยสถาน.(2549). **พจนานุกรม ศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษ - ไทย**. กรุงเทพฯ:  
ราชบัณฑิตยสถาน.

ราชบัณฑิตยสถาน.(2554). **พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน**. กรุงเทพฯ : ราชบัณฑิตยสถาน.

ราชบัณฑิตยสถาน.(2557). **พจนานุกรม ศัพท์สังคมวิทยา ฉบับราชบัณฑิตยสถาน**. กรุงเทพฯ :  
ราชบัณฑิตยสถาน.

ว.วชิรเมธี. (2557). **Soulmate Marriage คู่รักคู่ชีวิต**. กรุงเทพฯ: บริษัทเบนซ์มอริซดา จำกัด.

วรารัตน์ ทะมั่งกลาง.(2545). **การศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวช  
ขอนแก่น**. เอกสารประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 8 ประจำปี 2545:  
สุขภาพจิตกับยาเสพติด: หน้า 192.

วริยา วิชราวัฒน์. (2543). **อิทธิพลของวิถีชีวิต บุคลิกภาพก้าวร้าว ความเครียดเรื้อรัง และภาวะ  
ติดเชื้อเฮลิโคแบคทีเรียไพโลไร ต่อการเกิดโรคแผลในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก**.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล).

วัชรพงษ์ พูประทีปศิริ. (2559). **ความสัมพันธ์ระหว่างความผูกพันระหว่างกัน ความรับผิดชอบต่อ  
ครอบครัว และความพึงพอใจชีวิตคู่ของคู่รักชาวไทยชายและหญิง**.วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วาสนา นามเหลา, ชนิดดา แนบเกษรและ ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล

- ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์  
วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 29(2), หน้า 23 - 35.
- วิไล นาป่า. (2561). การดูแลโดยครอบครัวและการเจ็บป่วยทางจิตครั้งแรก: ความท้าทายของ  
พยาบาลจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, ปีที่32(1), หน้า 1-16.
- คันสนีย์ ตรีสาร. (2553). **ศึกษาระดับความสุขคู่สมรสผู้ป่วยจิตเภท**. สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหา  
บัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2542). อาการเหนื่อยหน่ายในการทำงาน. **วารสารสงขลานครินทร์ ฉบับ  
สังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์**, ปีที่5 (ฉบับที่2), 167-180.
- สายฝน เอกวางกูร. (2562). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1.**  
โรงพิมพ์สามลดา: ศูนย์หนังสือมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- คันสนีย์ ตรีสาร. (2553). **ศึกษาระดับความสุขคู่สมรสผู้ป่วยจิตเภท**. สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหา  
บัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศูนย์ข้อมูลสุขภาพจังหวัดสระแก้ว.(2561). **รายชื่อโรงพยาบาลจังหวัดกรุงเทพมหานคร** . Retrieved  
22 June 2018 from [http://team.sko.moph.go.th/phi/report/view/?s%5Bscope%5D=2&s%5Bregion%5D=06&s%5Bprovince%5D=10&s%5Bdistrict%5D=&s%5Bsubdistrict%5D=&s%5Bhospcode%5D=&s%5Bcup%5D=&s%5Breports%5D=41&id=&repid=41&catid=47&embedded=&frameid=&\\_tog1149016d=all#](http://team.sko.moph.go.th/phi/report/view/?s%5Bscope%5D=2&s%5Bregion%5D=06&s%5Bprovince%5D=10&s%5Bdistrict%5D=&s%5Bsubdistrict%5D=&s%5Bhospcode%5D=&s%5Bcup%5D=&s%5Breports%5D=41&id=&repid=41&catid=47&embedded=&frameid=&_tog1149016d=all#)
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.รายงานสถิติโรคที่พบบ่อยของ  
ผู้ป่วยนอก 10 อันดับ ประจำปี พ.ศ. 2562-2564.[เว็บบล็อก].สืบค้นจาก  
<https://chulalongkornhospital.go.th>
- สิระยา สัมมาวาจ. (2532). **ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ**.  
(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต), มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. **วารสารการแพทย์  
โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์**, ปีที่ 31(ฉบับที่ 3), หน้า 141-148.
- สุพรรณณี สุ่มเล็ก.(2538). **รูปแบบเชิงสาเหตุของความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาเป็นครั้งแรก**.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต),มหาวิทยาลัยมหิดล,  
กรุงเทพมหานคร.
- สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ พิมพ์มาศ ตาปัญญา. (2540). **รายงานการวิจัย  
เรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง** .โรงพยาบาลสวนปรุง: เชียงใหม่.
- โสสมสิริ รอดพิพัฒน์. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การ**



รับรู้ความสามารถในการเป็นมารดา สัมพันธภาพของคู่สมรส และการสนับสนุนทางสังคม กับภาวะซึมเศร้าของหญิงในระยะตั้งครรภ์.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยา คณะจิตวิทยา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรรวรรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, ปีที่16, หน้า177-85.

อรรวรรณ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น และ ชัชวาลย์ ศิลปกิจ. (2558). คุณสมบัตินทางจิตวิทยาของแบบประเมินการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 23(1), 12-23.

อัศววัฒน์ เพ็ญพวงภควัต. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม**, ปีที่ 12(28), หน้า72 - 84.

อนันต์ศรี สมิทธีนราเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย**, ปีที่11(3) (วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี), หน้า 43-56.

อุมาพร ตรังคสมบัติ .(2545).**จิตวิทยาชีวิตคู่และการบำบัดคู่สมรส**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์

เอมิกา กลยนิ, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และ อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2558). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. **วารสารพยาบาลตำรวจ**, 7(1), หน้า130-140.

#### ภาษาอังกฤษ

Aditya , G., Solanki, R., Koolwal, G., & Sanjay , G. (2014). Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. **International Journal of Medical Science and Public Health.**, Vol 4 (Issue 1), Pages 71-76.

American Psychiatric Association (APA). (2013). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders** (5<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andreasen NC. (1984). **Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS)**. Iowa City, University of Iowa.

Andreasen NC. (1984). **Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS)**. Iowa City, University of Iowa.

Angermeyer, M., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., & Kopf, A. (2006). Burnout of

- Caregivers: A Comparison Between Partners of Psychiatric Patients and Nurses. **Archives of Psychiatric Nursing**, 20(4), Pages 158–165.
- Asghar, A., Majeed, S., & Malik, F. (2018). Psychological Distress, Affiliate Stigma and Burnout in Caregivers of Patients with Schizophrenia. **International Journal of Social Sciences & Educational Studies**, 5(2), Pages 73-85.
- Asli , O., Yildiz, M., & Aker., T. (2015). Burden and burden-related features in caregivers of schizophrenia patients. **Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences.**, 28(2), Pages 147-153.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, 38(5), Pages 300-314.
- Demirbas, H., & Kizil, E. T.A O. (2017). Burnout and Related Factors in Caregivers of outpatients with Schizophrenia. **Insights on the Depression and Anxiety.**, 1, Pages 01-11.
- Ekberg, J. Y., Griffith, N., & Foxall, M. J. (1986). Spouse burnout syndrome. **journal of advance nursing**, 11, Pages 161-165.
- Freudenberger, H. J. & Richelson, G. (1980). **Burnout: The High Cost of High Achievement**. Garden City, New york: Doubleday.
- George, H. S. (1996) **Redefining family support: Innovations in public – private partnerships**. Baltimore: Pual H. Bookes.
- George, L. K., & Dwyther, L. P. (1986) Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. **The Gerontologist**, 26(8), Pages 253-259.
- Goffman, E. (1963). **Stigma**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice – Hall.
- Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., & Osher, Y. (2016). Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. **Bipolar disorder**, 18, Pages 192– 199.
- Herzog, A. E. (2014). Schizophrenia and schizophrenia spectrum disorder. In M. E. Vacarolis (Ed.) **Vacarolis ' foundation of psychiatric mental health nursing: A clinical approach** (7<sup>th</sup>ed., pp. 200-226). St.Louis, Missouri: Elsevier Saunders.
- House, J. S. (1981). **Work stress and social support**. Reading Mass: Addison-Wesle.

- Hubbell, L., & Hubbell, K. (2002). The burnout risk for male caregivers in providing care to spouses afflicted with Alzheimer's disease. **Journal of health and human services administration**, 25(1), 115–132.
- Isil Gogcegoz, G., Gul., E., Gokben Hizli, S., Eylem, O., Mustafa Murat, A., & Nevzat, T. (2014) Evaluation of the efficacy of the continuation electroconvulsive therapy in treatment-resistant schizophrenia. **Archives of Clinical Psychiatry**, 41(4), 90-94.
- Isler, T., Ozdemir, N., Sahin, S. K., & Demir, B. (2022). The Impact of Caregiver Burden on Marital Adjustment in Spouses of Patients with Mental Disorders. **Psychiatry and Behavioral Sciences**, 12(1), 7-13.  
<https://doi.org/10.5455/PBS.20210809071633>
- Jacob, I., & Ahmed, N. (2018). Marital satisfaction and burnout in spouses of patient with Schizophrenia. **Indian Journal of Psychiatric Nursing**, 15(1), 43.
- Kaplan, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). **Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry (11<sup>th</sup> ed.)**. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaushik, P., & M.S. Bhatia. (2013). Burden & quality of life in spouses of patients with schizophrenia & bipolar disorder. **Delhi Psychiatry Journal**, 16(1), 83-89.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. **Schizophrenia bulletin**, 13(2), 261–276.  
<https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Khalil, S. A., Elbatrawy, A. N., Saleh, N. M., & Mahmoud, D. A. M. (2022). The burden of care and burn out syndrome in caregivers of an Egyptian sample of schizophrenia patients. **The International journal of social psychiatry**, 68(3), 619–627. <https://doi.org/10.1177/0020764021993155>
- Klari, M., Fran, T., Pernar, M., & Nem, I. (2010). Caregiver Burden and Burnout in Partners of War Veterans with Post-traumatic Stress Disorder. **Coll. Antropol**, 34, Pages 15-21.
- Kitrungrote, L., Wonghongkul, T., Chanprasit, C., Suttharangsee, W., & Cohen, M. Z. (2013). Experiences of Caregivers of Spouses With Head and Neck Cancer

- Undergoing Radiation Therapy. **Pacific Rim International Journal of Nursing Research**, 12(3), 207–219.
- KOKURCAN, A.& GÖĞÜŞ, A. (2015). Burnout in caregivers of patients with schizophrenia. **Turkish Journal of Medical Sciences**, 45, Pages 678 - 685.
- Koschorke, M., Padmavati, R., Cohen, A., Kumar, S., Weiss, H. A., Chatterjee, S., . . . Thornicroft, G. (2017). Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. **Social science & medicine**, Volume178, Pages 66-77.
- Koutsimani, P., Montgomery, A., & Georganta, K. (2019). The Relationship Between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Frontiers in Psychology**, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.00284
- Lawn, S., & McMahon, J. (2014). The Importance of Relationship in Understanding the Experiences of Spouse Mental Health Carers. **Qualitative Health Research**, 24 (2), 254–266.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and coping**. New York: Springer.
- Leininger, M. M. (1988) **Caring an essential human need: Proceeding the three national caring conferences**. Detroit: Wayne State University Press.
- Leininger. (1991). **Culture care diversity and universality: A Theory of Nursing**. New York: Natural league for nursing.
- Locke, H.J., & Wallace, K.M. (1959). Short Marital-Adjustment and Prediction Tests: Their Reliability and Validity. **Marriage and family living**, 21(3), 251-255
- Mak, W. W., & Cheung, R. Y. M. (2008). Affiliate-stigma among caregivers of people with intellectual disability or mental illness. **Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities**, 21(6), 532-545.
- Mak, W. W., & Cheung, R. Y. M. (2010). Self-stigma among concealable minorities in Hong Kong: Conceptualization and unified measurement. **The American Journal of Orthopsychiatry**, 80(2), 267-281.
- Maslach, C. (1976). **Burnout, Human behavior** , 5, Pages 18-20 .
- Maslach, C.(1986). **Burnout: the cost of caring (2<sup>nd</sup> ed.)**.New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Maslach, C., & Susan E, J. (1981). The measurement of experienced burnout. **JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR**, 2, Pages 99-113.

- Maslach, C., and Jackson, S. E. (1986). **Maslach Burnout Inventory**. 2<sup>nd</sup> ed. New York: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2016). **Burnout**. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior Handbook of Stress Series Vol. 1*, Pages 351-157.
- Montgomery, R. I. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. P. (1985) Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations**, 34(5) Pages 19-26
- Muldary, W. (1983). **Burnout: and Health Professional Manifestation and Management**. New York: Appleton Century-Crofts.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). **Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management**. Retrieved from <http://guidance.nice.org.uk/CG178/NICEGuidance/Pdf/English>
- Onwumere, J., Sirykaite, S., Schulz, J., Man, E., James, G., Afshar zadegan, R., . . . Raune, D. (2018). Understanding the experience of “burnout” in first-episode psychosis carers. **Comprehensive Psychiatry**, Volume 83, Pages 19-24.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. **Psychological Reports**, 10, Pages 799-812
- Park, M.-J., Park, S.-H., & Chung, M. Y. (2017). Factors Affecting Caregivers' Burnout Caring for a Family Member in an Intensive Care Unit. **Korean Journal of Adult Nursing**, 29(5), Pages 517-526.
- Pai, S., & Kapur, R. L. (1981). The burden on the family of psychiatric patient: Development of an interview schedule. **British Journal of Psychiatry**, 138(12), 332-335.
- Pines, A., Aronson, E., and Kafry, D. (1981). **Burnout: From Tedium to Personal Growth**. New York: Free Press.
- Pines, A., Aronson, E. (1988). **Career burnout: Causes and cures**. New York: Free Press.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. **Psychological Medicine**, 15(8), 383-393.
- Polit D. F, & Beck C. T. (2012). **Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (9 ed.)**: Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.

- Puri, K. B. (2011). **Textbook of psychiatry (3 rd ed.)**, Edinburgh: Elsevier Ltd.
- Rochelle L. C. (1987). Community Care of the Chronically Mentally Ill. **Journal of Psychosocial Nursing**. 25(1):33-37
- Sadock, B. J., and Sadock, V. A. (2003). **Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry**. 9<sup>th</sup> edition Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schaefer, C., Coyne, C., & Lazarus, S. (1981). The health-related functions of social support. **Journal of Behavioral Medicine**, 4(4), Pages 381–406.
- Seeman, M. V. (2013). Bad, burdened or ill? Characterizing the spouses of women with schizophrenia. **International Journal of Social Psychiatry**, 59(8), 805–810.
- Selye, H. (1976). **The Stress of Life**. New York: McGraw-Hill Education.
- Shubin S. (1978) **Burnout: the professional hazard you face in nursing**. Nursing, 79, Pages 23-27.
- Simpson, M. J. & Moriarity, L. G. (2014). **Multimodal treatment of acute psychiatric illness: A guide for hospital diversion**. New York: Columbia University Press.
- Sin, J. (2013). **The person with a diagnosis of psychosis or schizophrenia**. In I. Norman & I. Ryrie (Eds.), *The art and science of mental health nursing: Principles and practice* (1st ed., pp. 521-539). Maidenhead: Open University Press.
- Singh, A., Mattoo, S. K., & Grover, S. (2016). Stigma and its correlates among caregivers of schizophrenia: A study from North India. **Psychiatry Research**, 241,302-308.
- Spanier, G.B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. **Journal of Marriage and the Family**, 38, 15–28.
- Spanier G, Thomson L (1983). A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. **J Marriage Fam**, 44(3), 731-8
- Storlie F. (1979) Burnout: the claboration of a concept. **American journal of Nursing** .79 Pages 2108-2111
- Stuart, H. & Sartorius, N. (2005). Fighting stigma and discrimination because of mental disorder. In G.N Christodoulou (Ed), **Advances in psychiatry**,2 79-86
- Tel, H., and Ertekin, P. S. (2013) **Investigation of the relationship between burnout**

- and depression in primary caregivers of patients with chronic mental problems. *J Psychiatr Nurs*, 4: 145-152.
- Thorndike, M. (1978). **Correlational procedures for research**. New York Gardner Press distributed by Halsted Press.  
New Jersey: Pearson Education Inc.
- Torrey,F.E. (2013). **Surviving schizophrenia: A family manual (6<sup>th</sup> ed.)**. New York: HarperCollins.
- Truzzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J., & Engedal, K. (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. **Brazilian Journal of Psychiatry**, 34, Pages 405-412.
- Watson, J. (1985). **Nursing: The philosophy and science of caring**. Boston: Little Brown.
- Watson, J. (1988). **Nursing The philosophy and science of caring**. Cororado: Cororado Associated University Press.
- Wolf, Z.R. (1986). The caring concept and nurse identified caring behaviors. **Topics in Clinical Nursing**. 8: 84-89.
- World Health Organization (WHO). (2016). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines**.  
Retrieve From: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf?ua>
- World Health Organization. (2018). **Schizophrenia Fact sheet**. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yıldızhan, E., Ören, N., Erdoğan, A., & Bal, F. (2019). The Burden of Care and Burnout in Individuals Caring for Patients with Alzheimer's Disease. **Community Mental Health Journal**, 55(2), Pages 304-310.
- Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: A meta-analysis. **International Journal of mental Health Nursing**. 22(3), 256-271.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY





## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ – นามสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์โยธิน วิเชษฐวิชัย	นายแพทย์เชี่ยวชาญสาขาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท
2. อาจารย์ศิริพร นันทเสนีย์	อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต
3. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก
4. นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้เชี่ยวชาญด้านการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย



ที่ อว 64.11/ 00242



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

26 มีนาคม 2564

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต

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

เนื่องด้วย นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ศิริพร นันทเสนีย์ หัวหน้าสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีไฉน)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

อาจารย์ศิริพร นันทเสนีย์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-218-1371

ชื่อนิสิต

นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ โทร. 08-7515-8558 E-mail: A.srikasi@gmail.com

ที่ อว 64.11/ 00243



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

26 มีนาคม 2564

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

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

เนื่องด้วย นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางเพชรี คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการพิเศษ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรินัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาที่อนิสิต

นางเพชรี คันธสายบัว

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-218-1371

นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ โทร. 08-7515-8558 E-mail: A.srikasi@gmail.com

ที่ อว 64.11/00244



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศดพรช ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

26 มีนาคม 2564

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสามชุก

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

เนื่องด้วย นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนียวหนายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอำพัน หิรัญอุทก พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางอำพัน หิรัญอุทก

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-218-1371

นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ โทร. 08-7515-8558 E-mail: A.srikasi@gmail.com

ที่ อว 64.11/00246



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

30 มีนาคม 2564

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนภาลัย

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

เนื่องด้วย นางสาวกวิภา ศรีกาสิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์ พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรี নয়)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์

โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-218-1371

นางสาวกวิภา ศรีกาสิ โทร. 08-7515-8558 E-mail: A.srikasi@gmail.com

ที่ อว 64.11/ 00247



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

30 มีนาคม 2564

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ  
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท  
สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิดของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ โยธิน วิเชษฐวิชัย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ สาขาจิตเวชศาสตร์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุรศักดิ์ ตรีนัย)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

นายแพทย์ โยธิน วิเชษฐวิชัย  
โทร. 02-218-1131, 08-1933-9791 E-mail: fonbox@chula.ac.th  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-218-1371  
นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ โทร. 08-7515-8558 E-mail: Asrikasi@gmail.com





ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๑๓๘

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย ในคู้ชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน ๓๐ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู้ชีวิต แบบประเมินภาวะในการดูแลคู้ชีวิตแบบประเมินการรับรู้การติตราของคู้ชีวิต และแบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ ดำเนินการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๘๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๗๑

ที่อนิสิต

นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ โทร. ๐๘-๗๕๑๕-๘๕๕๘



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๑๓๗

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวกวิหา ศรีกาลิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในคูชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน ๕๐ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคูชีวิต แบบประเมินภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบประเมินการรับรู้การตีตราของคูชีวิต และแบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นางสาวกวิหา ศรีกาลิ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ โทร. ๐๒-๒๑๘๘-๑๓๗๑

ชื่อนิสิต

นางสาวกวิหา ศรีกาลิ โทร. ๐๘-๗๕๑๕-๘๔๔๘



ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๑๓๖

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขออนุญาตขอความช่วยเหลือให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมมุทร์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขอความช่วยเหลือให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในคูชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน ๕๐ คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการรับรู้ความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคูชีวิต แบบประเมินภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการรับรู้การตีตราของคูชีวิต และแบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T) ทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความช่วยเหลือให้ นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

หัวหน้าพยาบาล

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๑๓๑, ๐๘๖-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมมุทร์ โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๓๗๑

ชื่อนิสิต

นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ โทร. ๐๘-๗๕๑๕-๘๔๔๘



## การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI : Content Validity Index) คำนวณได้จากสูตร ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้คะแนนความคิดเห็นในระดับ3และ4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา มีดังนี้

1.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความเหนื่อยหน่าย

$$CVI = \frac{19}{19} = 0.94$$

2.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้ความเครียด

$$CVI = \frac{30}{30} = 0.93$$

3.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม

$$CVI = \frac{24}{24} = 0.94$$

4.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินสัมพันธภาพของคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{15}{15} = 0.99$$

5.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินความรู้สึกรับรู้การดูแลผู้ป่วย

$$CVI = \frac{24}{24} = 1.00$$

6.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินการรับรู้ตราบป

$$CVI = \frac{22}{22} = 0.98$$

7.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการทางบวกผู้ป่วยจิตเภท

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

8.ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินอาการทางลบผู้ป่วยจิตเภท

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

\



## ชุดแบบสอบถามการวิจัย

### เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท

#### คำชี้แจง

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบประเมินทั้งหมด 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ความเครียด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามสัมพันธภาพคู่วิต

ส่วนที่ 6 แบบประเมินภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 7 แบบประเมินการรับรู้การตีตราของคู่วิต

ส่วนที่ 8 แบบประเมินอาการทางจิต

2. โปรดอ่านคำชี้แจงก่อนการตอบคำถาม

3. ข้อมูลของท่านถือเป็นความลับและนำมาใช้เพื่อการศึกษาในครั้งนี้อย่างแน่นอน จึงไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องและการดำเนินชีวิตของท่านจึงขอให้ท่านตอบแบบสอบถามที่แนบมานี้ตามความเป็นจริง

\*\*\*\*\*



## ส่วนที่ 1.แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

### คำชี้แจง

โปรดพิจารณาข้อความแต่ละหัวข้อแล้วทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบ และโปรดเติมข้อความลงในช่องว่างที่กำหนด

1. เพศ

( ) ชาย

( ) หญิง

2. อายุปัจจุบันของท่านคือ.....ปี

3. ระดับการศึกษา

( ) ประถมศึกษา

( ) มัธยมศึกษา

( ) ปริญญาตรี

( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

4. ระยะเวลาในที่ท่านดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี

5. อาชีพ

( ) ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว

( ) รับราชการ

( ) รับจ้างทั่วไป

( ) เกษตรกร

( ) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

( ) อื่น ๆ.....



## ส่วนที่ 2. แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** โปรดตัดสินใจว่าท่านเคยมีความรู้สึกตรงตามข้อความมากน้อยเพียงใด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ระดับความรู้สึก						
	ไม่ เลย	น้อย มาก	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลคู่ชีวิตที่ทำอยู่ ทำให้ฉันรู้สึกจิตใจ ห่อเหี่ยว							
2. ฉันรู้สึกอ่อนเพลียเมื่อตื่นตอนเช้า และเมื่อ นึกถึงว่าต้องทำหน้าที่ดูแลคู่ชีวิตอีก							
3. ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของ คู่ชีวิตได้ดี							
4. ....							
5. ....							
6. ....							
7. ....							
8. ....							
9. ....							
10. ....							
11. ....							
12. ....							

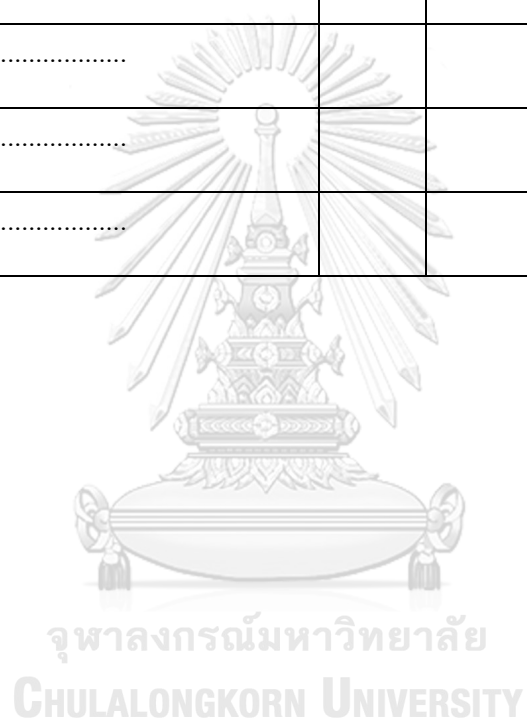
ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกของท่าน	ระดับความรู้สึก						
	ไม่ เลย	น้อย มาก	น้อย	ค่อนข้าง น้อย	ค่อนข้าง มาก	มาก	มากที่สุด
13. ....							
14. ....							
15. ....							
16. ....							
17. ....							
18. ....							
19. ....							

### ส่วนที่ 3. แบบวัดการรับรู้ความเครียด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่อธิบายความรู้สึกโดยทั่วไปที่เกิดขึ้นกับท่าน ในช่วงระยะเวลาหนึ่งหรือสองปีที่ผ่านมา ขอให้เลือกทันทีตามความคิดแรกของท่าน โดยไม่ต้องตรวจทานคำตอบ

ลักษณะความเครียด	ไม่เคย	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เป็น ประจำ	สำหรับ ผู้วิจัย
1. ท่านรู้สึกว่าได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ					
2. ท่านรู้สึกว่ามีเรื่องที่เกี่ยวข้องที่ท่านต้อง ตอบสนองมากมาย					
3. ท่านรู้สึกหงุดหงิดง่าย					
4. ท่านมีสิ่งที่จะต้องทำมากเกินไป					
5. ท่านรู้สึกว่าเหวหรือโดดเดี่ยว					
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ....					
18. ....					
19. ....					
20. ....					
21. ....					
22. ....					
23. ....					

ลักษณะความเครียด	ไม่เคย	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ	เป็น ประจำ	สำหรับ ผู้วิจัย
24. ....					
25. ....					
26. ....					
27. ....					
28. ....					
29. ....					
30. ....					



#### ส่วนที่ 4. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านเพียงช่องเดียว

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านมีคนที่ไว้ใจและสามารถพูดคุยปรึกษาปัญหาต่างๆ ได้					
2. คนรอบตัวท่านไม่เคยแสดงท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกหมดกำลังใจ					
3. ท่านได้รับความรัก ความอบอุ่นและกำลังใจจากครอบครัวของท่าน					
4. คนในครอบครัวและชุมชนให้ความเคารพนับถือท่าน					
5. ท่านสามารถให้คำปรึกษาแก่คนที่มีชีวิตเป็นโรคจิตเภทได้					
6. ....					
7. ....					
8. ....					
9. ....					
10. ....					
11. ....					
12. ....					
13. ....					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
14. ....					
15. ....					
16. ....					
17. ....					
18. ....					
19. ....					
20. ....					

### ส่วนที่ 5. แบบประเมินสัมพันธภาพระหว่างคู่ชีวิต

**คำชี้แจง** แบบสอบถามนี้ต้องการทราบเกี่ยวกับสัมพันธภาพระหว่างท่านและคู่ชีวิตเป็นอย่างไร คำตอบที่ได้ไม่มีข้อผิดหรือข้อถูก กรุณาตอบทุกข้อให้ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

1. โปรดเขียนวงกลมล้อมรอบตัวเลขที่ท่านเห็นว่าเป็นระดับความสุขในชีวิตของท่านได้ดีที่สุด



โปรดทำเครื่องหมาย ✓ลงในช่องที่ระบุว่าท่านและคู่ชีวิตมีความเห็นพ้องกันในเรื่องต่อไปนี้  
 มากน้อยหรือบ่อยครั้งเพียงใด

เรื่อง	เห็น พ้อง กัน เสมอ	เห็น พ้อง กัน เป็น ส่วน ใหญ่	เห็น พ้องกัน เป็น บางครั้ง	เห็นพ้อง กัน ค่อนข้าง บ่อย	ไม่ เห็น พ้อง กัน เป็น ส่วน ใหญ่	ขัดแย้งกัน ตลอดเวลา
2. ....						
3. ....						
4. ....						
5. ....						
6. ....						

10. ....

14. ถ้าชาติหน้ามีจริง ท่านคิดว่าท่านจะขอ...

ก. แต่งงานกับคู่ชีวิตคนนี้ตลอดไป    ข. แต่งงานกับคนอื่นดีกว่า    ค. ไม่ขอแต่งงานอีกเลย

15. ท่านรู้สึกไว้วางใจในตัวคู่ชีวิตของท่านมากน้อยเพียงใด

ก. แทบจะไม่ไว้ใจเลย    ข. ไว้ใจไม่ค่อยได้    ค. ไว้ใจได้เกือบทุก ๆ เรื่อง    ง. ไว้ใจได้

ทุก ๆ เรื่อง



### ส่วนที่ 6. แบบประเมินภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**คำชี้แจง** โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่าน ที่เกิดจากการดูแลชีวิตของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นตลอดเวลา

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์

น้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
<b>ภาวะเชิงอัตนัย</b>					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลชีวิต					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาชีวิต					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลชีวิต					
4. ....					
5. ....					
10. ....					
11. ....					
12. ....					
<b>ภาวะเชิงปรนัย</b>					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
13. การดูแลคู่ชีวิตรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
14. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลคู่ชีวิต					
15. เมื่อคู่ชีวิตมีอาการทางจิตกำเริบและอาละวาด ท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจะถูกทำร้ายจนได้รับบาดเจ็บ					
21. ....					
22. ....					
23. ....					
24.....					

### ส่วนที่ 7. แบบประเมินการรับรู้การตีตราของคู่ชีวิต

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้ จะแสดงถึงการรับรู้การถูกตีตราของคู่ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อและเติมเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องท้ายข้อความที่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดของท่าน มากที่สุดตามความเป็นจริง ซึ่งคำตอบที่ได้จะไม่มีถูกหรือผิด โดยมีเกณฑ์ดังต่อไปนี้

- ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด
- ไม่เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเล็กน้อย
- เห็นด้วย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านเป็นส่วนใหญ่
- เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วย	เห็นด้วย	เห็นด้วยอย่างยิ่ง
<b>ด้านอารมณ์ (Affective component)</b>				
1. ฉันรู้สึกต่ำต้อย เพราะคู่ชีวิตของฉันป่วยเป็นโรคจิตเภท				
2. ....				
3. ....				
4. ....				
<b>ด้านความคิด (Cognitive component)</b>				
8. ฉันคิดว่าคนอื่นรังเกียจ แยกแยะกีดกันและต่อต้านฉัน เมื่อฉันอยู่กับคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท				
9. ....				
10. ....				
11. ....				
<b>ด้านพฤติกรรมแสดงออก (Behavioral component)</b>				
15. ฉันหลีกเลี่ยงที่จะพูดคุยกับคู่ชีวิตที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท				
16. ฉันไม่กล้าที่จะบอกคนอื่น ๆ ว่าฉันมีคู่ชีวิตป่วยเป็นโรคจิตเภท				
20. ....				
21. ....				
22. ....				

## ส่วนที่ 8. แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale

### การให้ค่าคะแนน

ค่าคะแนน 1 หมายถึง ไม่มีอาการ (absent)

ค่าคะแนน 2 หมายถึง มีอาการขั้นต่ำสุด (minimal)

ค่าคะแนน 3 หมายถึง มีอาการเล็กน้อย (mild)

ค่าคะแนน 4 หมายถึง มีอาการปานกลาง (moderate)

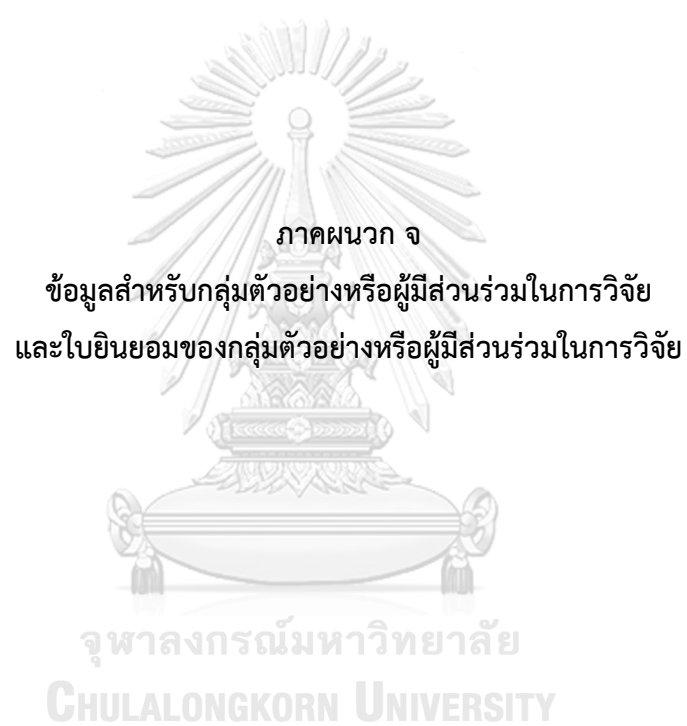
ค่าคะแนน 5 หมายถึง มีอาการค่อนข้างรุนแรง (moderate severe)

ค่าคะแนน 6 หมายถึง มีอาการรุนแรง (severe)

ค่าคะแนน 7 หมายถึง มีอาการรุนแรงมาก

ลักษณะอาการ	คะแนน
<b>กลุ่มอาการทางบวก หรือ Positive Scale (P)</b>	
P1 อาการหลงผิด (Delusions)	
P2 ความคิดสับสน (Conceptual disorganization)	
P3 อาการประสาทหลอน (Hallucinatory behavior)	
.....	
.....	
<b>กลุ่มอาการทางลบ หรือ Negative Scale (N)</b>	
N1 การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)	
N2 การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)	
N3 มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport)	
.....	

ลักษณะอาการ	คะแนน
<b>กลุ่มอาการทางจิตทั่วไป หรือ <u>General Psychopathology Scale (G)</u></b>  G1 ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concerns)	
G2 อาการวิตกกังวล (Anxiety)	
G3 ความรู้สึกผิด (Guilt feelings)	
.....	
.....	
.....	
<b>กลุ่มอาการก้าวร้าว <u>Supplementary item for the aggression risk profile (S)</u></b>  .....	
.....	
.....	



## เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

**ชื่อโครงการวิจัย** ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิตของผู้ป่วยจิตเภท

**ผู้สนับสนุนการวิจัย** ไม่มี

### **ผู้วิจัยหลัก**

ชื่อ นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ ที่อยู่สถานศึกษาของผู้วิจัย อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11, ถนน พระรามที่ ๑ แขวง วังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หมายเลขโทรศัพท์ 0-2218-1358 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 0875158558

### **ผู้วิจัยร่วม**

ชื่อ นางสาววฤณดา อธิคณาพร ที่อยู่ที่ทำงานของผู้วิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เลขที่ 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 หมายเลขโทรศัพท์ที่ทำงาน 02-442-2500 หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ 24 ชั่วโมง 0801129482

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นคู่สามี/ภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากทีมงานผู้วิจัย หรือผู้ร่วมวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวคู่วิตของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่า จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้

### **เหตุผลความเป็นมา**

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเรื้อรังและรุนแรงโดยโรคนี้จะมีลักษณะของการบิดเบือนในด้านความคิด การรับรู้อารมณ์หรือความรู้สึกและพฤติกรรมที่ผิดไปจากความเป็นจริง ปัจจุบันกรม

สุขภาพจิตกำหนดนโยบายการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ดูแลเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบรุนแรงเท่านั้น และให้มีระยะเวลาการรักษาตัวที่โรงพยาบาลให้น้อยที่สุด ซึ่งภายหลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อมาดูแลต่อที่บ้าน ผลกระทบของการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยส่งผลทำให้บุคคลในครอบครัวเกิดความเหนื่อยหน่ายที่สูงขึ้น ทำให้พฤติกรรมดูแลผู้ป่วยลดลง ประกอบกับโรคจิตเภท เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น ส่งผลให้มีความบกพร่องในการดำรงชีวิตประจำวันในด้านต่าง ๆ รวมถึงในด้านการดูแลตนเองและไม่ยอมรับการรักษาแม้อาการจะกำเริบหลายครั้งก็ตาม

คูชีวิต คือ การอยู่ใช้ชีวิตร่วมกันโดยเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนที่มีความรักต่อกัน และมีความปรารถนาที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันเป็นสามีและภรรยา เมื่อคูชีวิตเกิดการเจ็บป่วย ทำให้มีการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว บางครอบครัวต้องประสบปัญหาต่าง ๆ โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้าทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ โดยเฉพาะอาการเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากต้องเผชิญกับปัญหาเดิมเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกสิ้นหวัง ไม่สามารถรวบรวมพลังและเกิดภาวะความเหนื่อยหน่ายและนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีประสิทธิภาพได้

ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งปัจจัยที่มีความสอดคล้องกับบริบทในสังคมไทยเพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเหนื่อยหน่ายจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแนวทางการในการวางแผนพัฒนาการให้โรงพยาบาลเพื่อช่วยจัดการความเหนื่อยหน่ายในคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและพัฒนาการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลที่เป็นคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

วัตถุประสงค์หลักจากการศึกษาในครั้งนี้คือเพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวนผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย คือ 180 คน ซึ่งผู้วิจัยได้การสุ่มการสำรวจใน



โรงพยาบาลระดับตติยภูมิในเขตจังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หลังจากท่านและคู่ชีวิตเข้าพบแพทย์เพื่อติดตามนัดการรักษา เมื่อท่านให้ความยินยอมที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ แบบประเมิน 1 ชุด แบ่งเป็น 8 ส่วน โดยแบบประเมิน 1 ส่วน ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ถามคำถามเพื่อทำการประเมินคู่ชีวิต โดยใช้แบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 33 ข้อ ในช่วงขณะเดียวกันผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามการวิจัยให้กับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและแบบประเมินด้วยตนเองทั้งหมด 7 ส่วน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 135 ข้อ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความเหนื่อยหน่ายของคู่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความเครียด แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินสัมพันธภาพของคู่ชีวิตกับผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระการดูแลผู้ป่วย แบบประเมินการรับรู้ตราบาป โดยอาสาสมัครมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อที่ไม่ต้องการตอบ สามารถหยุดพักหรือยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ และในส่วนผู้มีส่วนร่วมวิจัยที่มองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมิน ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังจนเข้าใจก่อนตอบแบบประเมิน ซึ่งการเก็บข้อมูลจะปฏิบัติอยู่ในสถานที่ที่มีลักษณะเป็นส่วนตัว ใช้เวลาคนละประมาณ 30-45 นาที ในการเก็บข้อมูล

### สิ่งที่อาสาสมัครพึงปฏิบัติเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้ทำวิจัยใคร่ขอความความร่วมมือจากท่าน โดยจะขอให้ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ทำวิจัยอย่างเคร่งครัด ในกรณีไม่เข้าใจข้อคำถามของแบบประเมิน ท่านสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดการทำแบบประเมิน

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ผู้ทำการวิจัยขอชี้แจงถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ดังนี้

- การเสียเวลา
- ความกังวลใจจากการตอบแบบสอบถาม
- ความรู้สึกถูกแบ่งแยกทางสังคม เป็นต้น

กรุณาแจ้งผู้ทำวิจัยในกรณีที่พบอาการดังกล่าวข้างต้น หรืออาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ระหว่างที่อยู่ในโครงการวิจัย ถ้ามีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน ขอให้ท่านรายงานให้ผู้ทำวิจัยทราบโดยเร็ว

### **ความเสี่ยงที่ไม่ทราบแน่นอน**

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ เกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านสามารถสอบถามจากผู้ทำวิจัยได้ตลอดเวลา

หากมีการค้นพบข้อมูลใหม่ ๆ ที่อาจมีผลต่อความปลอดภัยของท่านในระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย ผู้ทำวิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบทันที เพื่อให้ท่านตัดสินใจว่าจะอยู่ในโครงการวิจัยต่อไป หรือจะขอลอนตัวออกจากการวิจัยครั้งนี้

### **ประโยชน์ที่อาจได้รับ**

ท่านจะไม่ได้รับประโยชน์ใด ๆ จากการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ แต่ผลการศึกษาที่ได้จะทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการให้การพยาบาลช่วยจัดการความเหนื่อยหน่ายในคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

### **ทางเลือกอื่นในกรณีที่อาสาสมัครไม่เข้าร่วมในการวิจัย**

ท่านไม่จำเป็นต้องเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพื่อประโยชน์ในการรักษาคูชีวิตของท่าน เนื่องจากการวิจัยนี้ไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านและแผนการรักษาของผู้ป่วยใด ๆ ทั้งสิ้น

### **ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย**

ขอให้ท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลของท่านทั้งในอดีต และปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านร่วมในโครงการวิจัย
- ขอให้แจ้งผู้ทำวิจัย หากท่านมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบประเมิน ผู้วิจัยจะอ่านให้ฟังจนเข้าใจก่อนตอบแบบประเมินทุกข้อ

### **ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย**

ท่านจะไม่ได้เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้

### **ค่าตอบแทนสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย**

ท่านจะไม่ได้รับเงินค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมในการวิจัยในครั้งนี้

### **การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย**

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาโรคของผู้ป่วยแต่อย่างใด

### **การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร**

ข้อมูลนี้อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน จะได้รับการปกปิดและจะไม่เปิดเผยแก่สาธารณชน ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและข้อมูลของท่านจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอ โดยจะใช้เฉพาะรหัสประจำโครงการวิจัยของท่านจากการลงนามยินยอมของท่าน ผู้ทำวิจัย และผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้ตรวจสอบการวิจัย และหน่วยงานควบคุมระเบียบกฎหมายสามารถเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลของท่านได้แม้จะสิ้นสุดโครงการวิจัยแล้วก็ตาม โดยไม่ละเมิดสิทธิของท่านในการรักษาความลับเกินขอบเขตที่กฎหมายและระเบียบกฎหมายอนุญาตไว้

### **การยกเลิกการให้ความยินยอม**

หากท่านต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่ นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ หอผู้ป่วยอายุรกรรม5B โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท เลขที่ 133 ซอยสุขุมวิท 49 แขวงคลองตันเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ข้อมูลอื่น ๆ ของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย และท่านจะไม่สามารถกลับมาเข้าร่วมในโครงการนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

### สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัยทางการแพทย์และอุปกรณ์ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับจากการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่าการยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยและสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านมีสิทธิในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอำนวยการชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2256-4493 ในเวลาราชการ หรือ e-mail : medchulairb@chula.ac.th

การลงนามในเอกสารให้ความยินยอม ไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

ขอขอบคุณในการให้ความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

.....

**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร  
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย**

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

วันให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่.....ได้อ่าน รายละเอียดจาก

เอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่..... และ

ข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอม ให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และระบุด้วยว่าจะได้รับการชดเชยจากผู้สนับสนุนการวิจัย สำหรับค่าเสียเวลาและค่าการเดินทาง จำนวนเงิน100 บาท

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาอาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูลของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย  
ด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์  
หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย  
อย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลง  
นามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....

**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**

**ชื่อโครงการวิจัย**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

**ผู้วิจัยหลัก**

**ชื่อ - สกุล** นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ **ตำแหน่ง** นิสิต/นักศึกษา

**หน่วยงาน** จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย **โทรศัพท์มือถือ** 0875158558

**e-mail** A.srikasi@gmail.com

เรียน อาสาสมัครผู้รับการวิจัยทุกท่าน

ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

1. งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยโรค-จิตเภท กลุ่มประชากรวิจัย คือคู่สามี/ภรรยาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 180 คน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับคูชีวิต ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม ภาระในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้การถูกตีตราของคูชีวิต อาการทางบวก และอาการทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยครั้งนี้ คือ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนพัฒนาการให้การ



พยาบาลช่วยจัดการความเหนื่อยหน่ายในคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดการดูแลผู้ป่วยที่ดีและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

#### 4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4.1 กลุ่มตัวอย่างที่จะมีส่วนร่วมในการวิจัยมีจำนวน 180 คน มีคุณสมบัติคือมีหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักให้กับผู้ป่วย และเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล สามีหรือภรรยาต้องมีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี พักอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชในช่วงดูแลผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมาเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่ารับจ้างใด ๆ สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้

4.2 หากท่านอาสาสมัครมีประวัติการเจ็บป่วยโรคทางจิตเวชในช่วงดูแลผู้ป่วย ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัย เพื่อขอยุติการมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้ทันที โดยการขอยุติการมีส่วนร่วมวิจัยจะไม่ส่งผลกระทบต่อตัวท่านและแผนการรักษาของผู้ป่วยใด ๆ ทั้งสิ้น

4.3 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเริ่มสำรวจรายชื่อโรงพยาบาลรัฐบาระดับตติยภูมิทั้งหมดในเขตกรุงเทพมหานครทั้งหมด ทำการเลือกโรงพยาบาลใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่มีการแทนที่ และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กล่าวมาในหัวข้อที่ 4.1 จำนวน 180 คน

5. กระบวนการวิจัย หลังจากทีกลุ่มตัวอย่างและผู้ป่วยเข้าพบแพทย์ หากมีผู้สนใจติดต่อเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะเป็นผู้ให้ข้อมูลขั้นตอนการวิจัย ความเสี่ยงและประโยชน์ที่ได้รับ แจกเอกสารข้อมูลและแบบขอความยินยอมให้อาสาสมัครและผู้ป่วย อ่านรายละเอียด เปิดโอกาสให้สอบถามในข้อสงสัยและตอบข้อสงสัยจนผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้าใจ ให้เวลาตัดสินใจโดยอิสระ พิจารณาก่อนลงนามให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัยทั้ง 2 คน ซึ่งการเก็บข้อมูลจะปฏิบัติอยู่ในสถานที่ที่มีลักษณะเป็นส่วนตัว ในแผนกบริการผู้ป่วยนอก(OPD) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ในวันจันทร์ถึงวันศุกร์ ช่วงเวลา 08.00 – 14.00 น. การประเมินใช้เวลาคนละประมาณ 30-45 นาที ในการเก็บข้อมูล

เมื่ออาสาสมัครให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ในแบบประเมิน 1 ชุด จะแบ่งเป็น 8 ส่วน โดย 1 ส่วน ผู้ช่วยวิจัยจะเป็นผู้ทำการประเมินผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินอาการบวกและอาการ

ลปผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 33 ข้อ และขณะเดียวกันผู้วิจัยจะแจกแบบสอบถามให้กับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อตอบแบบสอบถามทั้งหมด 7 ส่วน โดยผู้ร่วมวิจัยจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง มีข้อความทั้งหมด 135 ข้อ โดยสามารถยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้ทุกเมื่อ ขณะทำแบบประเมินหากพบอาสาสมัครเกิดความเครียด ผู้วิจัยจะประเมินอาการและแจ้งสิทธิ์ให้ท่านทราบว่าสามารถขอออกจากโครงการวิจัยได้ทุกเมื่อ

เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่กระจาย ผู้วิจัยจะดำเนินกระบวนการโดยยึดหลักการเว้นระยะห่างของบุคคล ใช้แอลกอฮอล์เจลในการล้างมือตลอดการเก็บข้อมูล และสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา แยกใช้ปากกาในการเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล

6. หลังจากเสร็จสิ้นการวิจัยครั้งนี้แล้วแบบประเมินและข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้มีส่วนร่วมทั้งหมดในการวิจัยจะถูกทำลายทันที

7. การมีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมงานวิจัย และไม่มีค่าตอบแทนใด ๆ จากการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

8. การเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ของท่าน ผู้มีส่วนร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับและไม่มีผลกระทบต่อการศึกษาผู้ป่วยใด ๆ ทั้งสิ้น

9. ข้อมูลที่ท่านได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้จะถือเป็นความลับ ไม่มีการนำข้อมูลนี้ไปเปิดเผยต่อผู้อื่นยกเว้นคณะผู้วิจัย โดยผลการวิจัยที่ได้รับจะมีการนำเสนอในภาพรวมของข้อมูล และอาจมีการตีพิมพ์และสรุปผลเพื่อเป็นประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

10. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หมายเหตุ : ใส่หมายเลขหน้าและวันที่ทุกแผ่น

**เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร  
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**

**ชื่อโครงร่างการวิจัย**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคู่วิดของผู้ป่วยจิตเภท

**วันให้คำยินยอม**

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

ที่อยู่..... ได้อ่านรายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับ  
ผู้เข้าร่วมโครงร่างการวิจัยที่แนบมาฉบับวันที่ ..... และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครง  
ร่างการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม  
และ วันที่ พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงร่างการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบ  
ยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของ  
การทำวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยง หรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้ง  
ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย และแนวทางรักษา โดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและ  
โอกาสเพียงพอในการซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่าง ๆ ด้วย  
ความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดความเสียหายหรืออันตรายใด ๆ จากการวิจัยดังกล่าว  
ข้าพเจ้าจะได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และจะได้รับค่าชดเชยจากผู้วิจัย

ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง  
เหตุผล และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่น ๆ ที่ข้าพเจ้าจะ  
พึงได้รับต่อไป

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อ  
ได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของบริษัทผู้สนับสนุนการวิจัย หรือ  
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน อาจได้รับอนุญาตให้เข้ามาตรวจและประมวลข้อมูล

ของข้าพเจ้า ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ข้าพเจ้าได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของข้าพเจ้าได้

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใด ๆ เพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิ์ในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อ จะผ่านกระบวนการต่าง ๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบ การวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการ รวมทั้งการใช้ข้อมูลทางการแพทย์ในอนาคตหรือการวิจัยทางด้านเภสัชภัณฑ์ เท่านั้น

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

..... ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอม ตัวบรรจง

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย อันตราย หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย หรือจากยาที่ใช้ รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัย อย่างละเอียด ให้ผู้เข้าร่วมในโครงร่างการวิจัยตามนามข้างต้นได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามลงในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

..... ลงนามผู้ทำวิจัย  
 (.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....  
 ..... ลงนามพยาน  
 (.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง  
 วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 CHULALONGKORN UNIVERSITY

# ขอเชิญชวน อาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย

“ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย  
ของคู่วิตผู้ป่วยจิตเภท”

## คุณสมบัติ

1. มีอายุ 20-59 ปี
2. มีความสัมพันธ์เป็นสามีหรือภรรยากับผู้ป่วย  
ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
3. พักอาศัยกับผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 1 ปีขึ้นไป
4. มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทน
5. ไม่มีโรคประจำตัวทางด้านจิตเวช

## รายละเอียดการให้ข้อมูล

ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากอาสาสมัครทีละคน ในสถานที่ที่เป็นส่วนตัว  
ใช้เวลาคนละประมาณ 30-45 นาที  
โดยให้อาสาสมัครตอบคำถามด้วยตนเอง

สอบถามข้อมูลติดต่อ  
ผู้วิจัย นางสาวอภิวาท ศรีกาสี (087-5158558)  
E-mail :: a.srikasi@gmail.com







COA No. 1376/2021

IRB No. 694/64

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
 1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

(COA No. 1376/2021)

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

ชื่อโครงการ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวอภิวาท ศรีกาสิ

สังกัดหน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : แบบเร่งด่วน

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

เอกสารรับรอง :

1. โครงร่างการวิจัย Version 2: Date 10 กันยายน 2564
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2: Date 10 กันยายน พ.ศ. 2564
3. เอกสารชี้แจงข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2 : Date 10 September 2021
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร Version 1 : Date 2 August 2021
5. ชุดแบบสอบถามการวิจัย Version 1 : Date 2 August 2021
6. โปสเตอร์


ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)






7. Curriculum Vitae and GCP Training

- Miss Aphiwat Srikasi
- Miss Warinda Athikanaporn

ลงนาม .....   
 (รองศาสตราจารย์นายแพทย์อรรณพ ใจสำราญ)  
 รองประธานปฏิบัติหน้าที่แทนประธาน  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม .....   
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงพรุ ดันดีไพโรจน์)  
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทน  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 28 กันยายน 2564

วันหมดอายุ : 27 กันยายน 2565

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ที่ จพ.ล 453 / 2565



โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
1873 ถนนพระรามที่ 4  
แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน  
กรุงเทพมหานคร 10330

31 มกราคม 2565

เรื่อง ยินดีให้ นางสาว อภิวาท ศรีกาสิ เข้ามาเก็บข้อมูลการวิจัย  
เรียน คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อ้างถึง โครงการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ตามโครงการวิจัยที่อ้างถึง แจ้งว่า นางสาว อภิวาท ศรีกาสิ สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ได้ขออนุมัติทำวิจัยในรพ.จุฬาลงกรณ์ เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของคูชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังรายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

รพ.จุฬาลงกรณ์ พิจารณาแล้ว **ไม่ขัดข้อง** ยินดีให้ดำเนินการตามที่ขอมา โดยติดต่อประสานงานได้ที่ ฝ่ายการพยาบาล โทรศัพท์ 02-256-4000 ต่อ 60280 ฝ่ายจิตเวชศาสตร์ โทรศัพท์ 02-256-4000 ต่อ 61502 อนึ่ง สำหรับบุคคลภายนอกรพ.จุฬาลงกรณ์หรือคณะแพทยศาสตร์ ก่อนเข้าเก็บข้อมูลขอให้นำบัตรนิสิต/นักศึกษา หรือบัตรประชาชนพร้อมหนังสือฉบับนี้มาติดต่อ ขอรับบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูล ณ กลุ่มธุรการประสานงาน ตึกรัตนวิทยาพัฒนา ชั้น 4 โดยให้ติดบัตรประจำตัวผู้เก็บข้อมูลตลอดเวลาที่เข้ามาทำการเก็บข้อมูลภายในรพ.จุฬาลงกรณ์ กรณีเป็นบุคลากรของรพ.จุฬาลงกรณ์ หรือคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โปรดคล้องบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ตลอดที่ทำการเก็บข้อมูล

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ศาสตราจารย์นายแพทย์ยິงยศ อวิหิงสานนท์)

รองผู้อำนวยการฯ ฝ่ายการแพทย์และวิจัย

ปฏิบัติการแทน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

๓๑ ม.ค. ๒๕๖๕

ผู้ตรวจสอบ.....

ติดต่อประสานงาน : น.ส.สุภาวดี ศรีสำราญ งานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย โทรศัพท์ : 02-256-4645

E-mail : excellence.cu@gmail.com

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวอภิวาท ศรีกาสี
วัน เดือน ปี เกิด	27 พฤษภาคม 2532
สถานที่เกิด	กรุงเทพมหานคร
วุฒิการศึกษา	หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ในปีการศึกษา 2555
ที่อยู่ปัจจุบัน	25 ซอยร่มเกล้า 25/7 แขวงคลองสามประเวศ เขตลาดกระบัง กรุงเทพมหานคร 10520



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY