

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม  
การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว  
ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

นางสาวดวงรัตน์ แซ่เตียว

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2546

ISBN 974-17-3902-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTORS, COPING, SOCIAL SUPPORT,  
SELF-CARE PRACTICE, AND HEALTH STATUS IN FAMILY CAREGIVER  
OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Tuangrut Saetaew

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

Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2003  
ISBN 974-17-3902-8

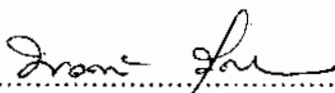
หัวข้อวิทยานิพนธ์	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง
โดย	นางสาว ดวงรัตน์ แซ่เตียว
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต

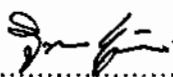


.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ พ.ด.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชุณหพราน)



.....อาจารย์ที่ปรึกษา  
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)



.....กรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร. ดิเรก ศรีสุข)

ดวงรัตน์ แซ่เตียว : ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง (RELATIONSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTOR, COPING, SOCIAL SUPPORT, SELF-CARE PRACTICE, AND HEALTH STATUS IN FAMILY CAREGIVER OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS)  
 อ.ที่ปรึกษา : รศ.ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 99หน้า. ISBN 974-17-3902-8.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือรายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 180 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพ และแบบสอบถามภาวะสุขภาพ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .72, .74, .72 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

- 1) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$ =3.53) โดยในด้านภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}$ =3.90) และภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$ =2.95)
- 2) รายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง
- 3) การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
 ปีการศึกษา 2546

ลายมือชื่อผู้คิด...๓๑๖๑๙.....  
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....  
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

## 4477570636: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORD: PERSONAL FACTORS/ COPING/ SOCIAL SUPPORT/ SELF-CARE PRACTICE/ HEALTH STATUS/ FAMILY CAREGIVER OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS.

TUANGRUT SAETAEW: RELATOINSHIPS BETWEEN PERSONAL FACTOR, COPING, SOCIAL SUPPORT, SELF-CARE PRACTICE, AND HEALTH STATUS IN FAMILY CAREGIVER OF CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASSC.PROF.JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., THESIS COADVISOR: ASSC.PROF.ORAPHUN LEUBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 99pp. ISBN 974-17-3902-8

The purposes of the study were to identify the level of health status in family caregiver of schizophrenic patients, and determine the relationships between personal factors, coping, social support, self-care practice, and health status in family caregiver of schizophrenic patients. The samples consisted of 180 family caregivers of schizophrenic patients, who were treated in out patient departments of mental health hospitals, under the jurisdiction of Division of Mental Health, selected by multistage sampling technique. Research instruments consisted of a coping scale, a social support scale, a self-care practice scale, and a health status questionnaires. The instruments were tested for content validity. Cronbach's alpha coefficient of the scale were .72, .74, .72 and .88 respectively. Data were analyzed by using percentage, mean, standard deviation, chi-square and Pearson-product moment correlation coefficient.

The major findings were as follows :

1. The health status in family caregiver of chronic schizophrenic patients were at the good level, in which the physical health status was at good level, and mental health status was at the moderate level.
2. There were no relationships between family income, coping, and health status in family caregivers of schizophrenic patients.
3. There were positive and significant relationships between social support, self-care practice, and health status of family caregivers of chronic schizophrenic patients ( $r = .52, .62$ ), at the .05 level.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing. Student's signature... *Tuangrut Saetaew*  
 Academic year.....2003..... Advisor's signature... *Jintana Yunibhand*  
 Co Advisor's signature... *Oraphun Leubonthavatchai*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งของ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาชี้แนะ ให้ความรู้ ตรวจสอบแก้ไขในทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้ข้อคิดอันมีคุณค่าและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา จนการศึกษาครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเสียสละของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ พ.ต.ต.หญิง ดร. พวงเพ็ญ ชูณหปราณ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้ความรู้และคำแนะนำในการทำวิจัยและรองศาสตราจารย์ ดร.ดิเรก ศรีสุขโข กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิดที่เป็นประโยชน์และให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะและประสิทธิประสาทความรู้ให้กับผู้วิจัย

กราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบพระคุณ ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และสถาบันกัลยาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ขอขอบพระคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่สละเวลามาช่วยเก็บข้อมูล และขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณคุณพ่อ คุณแม่ พี่ น้อง ซึ่งเป็นที่รักของข้าพเจ้าทุกคน รวมทั้งคุณนพดล ทองมีเพชร ที่เป็นกำลังใจ และเป็นแรงบันดาลใจสำคัญที่ทำให้ผู้วิจัยมีกำลังใจ และมุ่งมั่นในการศึกษาจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ท้ายนี้ขอขอบคุณเพื่อนๆ รุ่นพี่ รุ่นน้องบัณฑิตศึกษาที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดีตลอดมา รวมทั้งสมาชิกในหน่วยงานวิฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติทุกท่านที่คอยช่วยเหลือในด้านต่างๆ และให้กำลังใจข้าพเจ้าตลอดระยะเวลาที่ศึกษาในระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตจนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

ดวงรัตน์ แซ่เตียว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่	
1. บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
ปัญหาการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	11
2. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	12
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	38
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	43
3. วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	44
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	46
การหาความตรงเชิงเนื้อหา.....	51
การหาความเที่ยง.....	52
การรวบรวมข้อมูล.....	53
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	
	56

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
5. สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	
สรุปผลการวิจัย.....	74
อภิปรายผลการวิจัย.....	75
ข้อเสนอแนะ.....	78
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	87
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	88
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	90
แบบฟอร์มพิกษสิทธิ์ผู้ตอบแบบสอบถาม.....	98
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	99



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากตัวแทนโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต.....	46
2 ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์เมื่อนำไปทดลองใช้และใช้จริง.....	53
3 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว.....	57
4 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการเผชิญความเครียดแบ่งตามรายข้อในแต่ละด้าน.....	58
5 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมแบ่งตามรายข้อในแต่ละด้าน.....	60
6 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของการดูแลตนเองด้านสุขภาพแบ่งตามรายข้อในแต่ละด้าน.....	62
7 คะแนนสูงสุด คะแนนต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับภาวะสุขภาพจำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม.....	64
8 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับภาวะสุขภาพทางกายจำแนกเป็นรายข้อ.....	65
9 คะแนนเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับภาวะสุขภาพทางจิตจำแนกเป็นรายข้อ.....	66
10 จำนวนและค่าร้อยละ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว.....	67
11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านรายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพ.....	69
12 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง.....	70

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีความสำคัญมากที่สุดต่อบุคคล เป็นสิ่งแวดล้อมที่บุคคลเจริญเติบโตและมีการพัฒนาตลอดช่วงการดำเนินชีวิต และมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นที่ยอมรับว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการรักษาผู้ป่วยที่ได้ผลดีที่สุด และเป็นผู้ตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) โดยที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ดูแลในครอบครัว (Rose, 1996) จากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมอารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) อาการของโรคจิตเภทจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดจะพบความเสื่อมลงในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การงานหรือแม้แต่วิสัยสัมพันธ์กับสังคม และเมื่อเป็นโรคนี้มักจะไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม มีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้หลายครั้ง มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษานานหรือต้องการการดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531)

ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชต่างๆ มีนโยบายการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล โดยให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะเฉียบพลันและรุนแรงที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและผู้อื่นได้ จากแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาล ทำให้การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังไม่ได้จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลก็ต่อเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น ส่งผลให้แนวโน้มของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลที่บ้านมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องมีความสำคัญในการให้การดูแลช่วยเหลือและรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวจึงเริ่มมีความสำคัญต่อการให้การดูแลผู้ป่วยในกรณีที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่างๆ

การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีทั้งในทางลบและทางบวก ผลในทางลบได้แก่ รู้สึกโกรธและฉุนเฉียว ไม่มีเวลาส่วนตัว รู้สึกเหมือนถูกแยกจากสังคม รู้สึกเศร้าเสียใจ เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้ดูแลใน

ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนไม่น้อยที่ได้รับความรู้สึกทางบวกจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ความรู้สึกเป็นสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น เป็นโอกาสตอบแทนบุญคุณ รู้สึกตนเองมีความสามารถและเป็นที่ต้องการ เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่มักพบความรู้สึกทางบวกเช่นนี้ในระยะแรกๆ ของการให้การดูแลผู้ป่วยเท่านั้น ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภท การให้การดูแลผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถประเมินได้แน่นอนว่าอาการจะทุเลาเมื่อใด ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเกิดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของผู้ดูแลในด้านภาวะสุขภาพ ทั้งสุขภาพทางด้านร่างกาย เช่นการเจ็บป่วยต่างๆ และสุขภาพทางด้านจิตใจ เช่นความซึมเศร้าของผู้ดูแล จึงมีคนเรียกผู้ดูแลในครอบครัวว่าเป็น "Hidden patient" และเมื่อพิจารณาถึงสิ่งต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบและบทบาทที่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงไป จะเห็นว่ามีแนวโน้มที่จะทำให้ภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเสื่อมลงและถดถอยลงตามลำดับ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2537) เมื่อพิจารณาถึงผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักในครอบครัว (Rungreangkulkit, 2002)

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ พบว่า ได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายเกี่ยวกับภาวะสุขภาพดังนี้ โอเรม (Orem, 1991) กล่าวว่าภาวะสุขภาพ เป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งมีความสำคัญและเกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคลอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา การเกิดการเบี่ยงเบนจากสภาพปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่จะทำให้เกิดการเจ็บป่วย ส่วนลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพว่า เป็นปฏิริยาการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจต่อความเครียดที่เกิดขึ้น ถ้าบุคคลใช้วิธีการเอาชนะความเครียดที่สำเร็จจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพที่ดี แต่ถ้าบุคคลใช้วิธีการเอาชนะความเครียดไม่สำเร็จจะก่อให้เกิดความเครียดในระดับสูงและส่งผลต่อภาวะสุขภาพตามมา

จากความหมายและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพดังกล่าว ถ้าพิจารณาในส่วนที่เกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในส่วนของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมีปัญหาภาวะสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งอย่างภายหลังให้การดูแลผู้ป่วย และมักเกิดปัญหาด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอ ดังเช่น Machenan (1976 อ้างในเพ็ญลดา เคนไชยวงศ์, 2539) รายงานว่าผลการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพร่างกายทรุดโทรมถึงร้อยละ 25 และสุขภาพจิตทรุดโทรม ร้อยละ 40 จากรายงานการสำรวจในสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยทางจิต พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความยากลำบากในด้านต่างๆ ในการให้การดูแลผู้ป่วยในระยะเวลา 6 เดือน ทั้งในส่วนของกรดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง การมีเวลาส่วนตัว โดยปัญหาที่เกิดขึ้นล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้ง

ทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย (Brown, et al, 1966 อ้างถึงใน วรช นิธิกุล, 2535) จากการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ติดผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 10 รายโดยใช้คำถามปลายเปิด พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สนใจดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง (8 ราย) เช่นเดียวกับ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า ครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชมักทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ให้การดูแลในด้านสุขภาพ ทั้งในส่วนของสุขภาพทางด้านร่างกาย พบว่า สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกอ่อนแอ หดแรงแกรง การพักผ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และในส่วนของผลกระทบต่อทางด้านจิตใจ อารมณ์ ทำให้ครอบครัวเกิดความเดือดร้อนใจ ชุ่นเคือง เศร้าโศก เครียด และกังวลในเรื่องต่างๆ ทั้งที่เกี่ยวกับผู้ป่วยเองและผลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย และจากการศึกษาของ Fredman (1998) ได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพในประเด็นที่ปัญหาที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลว่าปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล พบได้ทั้งปัญหาทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ โดยปัญหาที่เกิดกับจิตใจของผู้ดูแล ได้แก่ การเกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียด และการได้รับความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ พบอัตราการเจ็บป่วยทางจิตได้มากในผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว ส่วนปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกาย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีสุขภาพร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรงทั้งนี้เป็นผลมาจากภาวะต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

รายงานการศึกษาข้างต้นจะพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยล้วนได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ซึ่งส่งผลและมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ House (2001) ที่ได้ศึกษาปัจจัยทางสังคมต่อภาวะสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตใจ โดยที่ปัจจัยทางด้านสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพและพบว่าปัจจัยทางด้านสังคมหลายๆ ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โดยภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้นจะแสดงออกในหลายลักษณะไม่ว่าจะเป็นผลต่อความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรม โดยจากการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ House ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานบางประการของบุคคล โดยได้ศึกษาปัจจัยทางด้านรายได้ การได้รับการประกันสุขภาพ เพศ เชื้อชาติ และจากผลการวิจัยพบว่า เพศและเชื้อชาติของบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องหรือมีความสัมพันธ์ในระดับที่ค่อนข้างน้อย เมื่อเปรียบเทียบกับรายได้และการได้รับการประกันสุขภาพของบุคคลที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ โดยการศึกษาที่บุคคลมีฐานะทางสังคมหรือรายได้ที่ดีจะทำให้บุคคลมีการใส่ใจและให้ความสนใจในสุขภาพของตนเอง ทำให้มีโอกาสที่ดีในการแสวงหาสิ่งที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลให้เกิดผลด้านดีต่อภาวะสุขภาพ

นอกจากนี้ยังได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางด้านสังคมในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) ความเครียด (Stress) บทบาทและ

กิจกรรมทางสังคม รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สิ่งแวดล้อมและสังคมที่อาจเป็นอันตรายต่อบุคคล ในส่วนของพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าการมีพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เป็นอันตราย พฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เช่นเดียวกับความเครียด หากมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมแล้วก็จะส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจตามมา แต่ในทางกลับกันหากบุคคลมีการใช้พฤติกรรมการเผชิญความเครียดในทางที่สร้างสรรค์หรือเหมาะสมก็จะส่งผลในทางบวกต่อภาวะสุขภาพ และในส่วนของ การสนับสนุนทางสังคม พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลลดความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (อัปสร รังสิปการการ, 2539)

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของ House (2001) ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยต่างๆ ที่ได้ศึกษาล้วนเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคล สำหรับในงานวิจัยที่ศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกปัจจัยบางส่วนที่มีความครอบคลุมเกี่ยวกับภาวะสุขภาพมาใช้ในการศึกษา โดยยึดหลักที่จะศึกษาในปัจจัยที่จะสามารถจัดกระทำกับปัจจัยดังกล่าวได้ ส่วนปัจจัยบางปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำหรือไม่สามารถควบคุมได้ และไม่มี ความเหมาะสมกับสภาพของสังคมไทยในปัจจุบันนี้ ผู้วิจัยยังไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้ โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยนำมาเป็นตัวแปรในการศึกษาถึงความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในรูปแบบของความคิด อารมณ์หรือพฤติกรรมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

จากการเปลี่ยนแปลงของระบบการให้บริการทางสุขภาพด้านการให้บริการในการรักษาผู้ป่วยโรคทางจิตเวช จึงส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยในด้านต่างๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนบทบาทการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งผลจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทมาให้การดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้ ทำให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในด้านต่างๆ และอาจมีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวต่อไปในอนาคตได้

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่จะมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจรวมทั้งสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง นอกจากจะได้ทราบถึงปัจจัยต่างๆ ต่อความสัมพันธ์กันแล้ว ยังจะได้ทราบถึงการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังว่าเป็นอย่างไร ผลการศึกษานี้คาดว่าจะนำไปใช้

ประโยชน์ในการวางแผนในการให้การดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยเพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

### ปัญหาการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังหรือไม่

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

สุขภาพร่างกายโดยทั่วไปของบุคคลไม่สามารถแยกจากกันได้ระหว่างสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายไม่ว่าจะเกิดจากสาเหตุใดก็ตามจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจร่วมด้วยเสมอและการมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ก็จะมีผลให้สุขภาพด้านจิตใจสมบูรณ์แข็งแรงตามมา โดย Webster ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่าเป็นสภาวะที่มีความปกติสุขทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ ร่างกายและจิตใจสามารถทำหน้าที่ได้ปกติ (1984 อ้างในจันทิรา จิตติวิบูลย์, 2543) ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพเป็นความสมดุลที่เกิดจากความถูกต้อง ความเป็นหนึ่งเดียวกันของทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ในการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาหลายแนวคิดด้วยกัน ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดของ House (2001) ที่ได้พัฒนาและศึกษาปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจและ House ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคมในด้านต่างๆ ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพว่าสุขภาพของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน โดยปี ค.ศ.1950 เชื่อว่าสุขภาพของบุคคลมีความเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ทางสังคม ปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตใจและพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้น ภาวะสุขภาพตามแนวคิดนี้จึงหมายถึงความสมดุลหรือความสมบูรณ์ในการทำหน้าที่ตามความต้องการพื้นฐาน โดยภาวะสุขภาพ

ประกอบด้วย สุขภาพทางกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งได้แก่ การปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ตามปกติ ความผาสุก เป็นต้น และปัจจัยทางสังคมที่ได้ศึกษาประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ เพศ การประกันสุขภาพ ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมสุขภาพ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งพบว่าปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลมากน้อยแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการประเมินของบุคคล

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้คัดเลือกปัจจัยบางปัจจัยมาศึกษา โดยผู้วิจัยจะทำการศึกษาในปัจจัยที่สามารถจัดกระทำหรือมีความเหมาะสมกับสภาพสังคมไทยในปัจจุบัน มาทำการศึกษา ส่วนปัจจัยที่ไม่สามารถจัดกระทำหรือไม่มีความเหมาะสมกับสังคมปัจจุบันผู้วิจัยยังไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ดังนั้นปัจจัยที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาจึงประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพที่จะส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ดังนี้

ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (Gibson, et al 1994 อ้างใน Willis, et al., 1997) โดยในด้านรายได้ของครอบครัวพบว่าผู้ที่มีรายได้ภายในครอบครัวที่ดี ฐานะทางสังคมที่ดีทำให้มีความใส่ใจต่อสุขภาพของตนเอง ทำให้มีโอกาสแสวงหาและเลือกรับบริการทางด้านสุขภาพที่ดีได้มากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพพบว่า มีรายงานการวิจัยเกี่ยวกับความเครียดว่าเป็นสาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดผลด้านลบต่อภาวะสุขภาพ (Kaplan et al., 1993) ส่วน Cohen and Hoberman (1983) กล่าวว่า ความเครียดไม่ได้เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดผลด้านลบต่อสุขภาพเพียงด้านเดียว แต่ความเครียดยังสามารถส่งผลให้เกิดผลด้านบวกต่อสุขภาพได้ ซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ความเครียดของแต่ละบุคคล โดยหากบุคคลใช้วิธีการเผชิญความเครียดโดยการใช้กลไกทางจิตด้านบวกแล้วก็จะทำให้เกิดภาวะสุขภาพทางด้านบวกได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Folkman (1984) เชื่อว่าการใช้ทักษะในการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายในภาวะที่เกิดปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดแทนที่จะใช้การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก็จะทำให้สุขภาพดี โดยที่ Pender (1987) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพของบุคคลเป็นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และจากการศึกษาของโสภา มุสิโก (2544) ที่ได้ศึกษาระดับความเครียดและเหตุปัจจัยความเครียดในผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในช่วงเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2544 จำนวน 280 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความเครียดปานกลางร้อยละ 57.5 เครียดระดับต่ำร้อยละ 28.2 และเครียดระดับสูงร้อยละ 14.3 และผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สนใจดูแลสุขภาพของตนเอง

จากรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม (Social support) พบว่ามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยพบปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุเป็นผลมาจากการที่ผู้สูงอายุขาดการสนับสนุนทางสังคม จากเครือข่ายทางสังคมต่างๆ โดยที่การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถทำนายภาวะสุขภาพที่เกิดขึ้น (Berkman & Breslow, 1983) และการสนับสนุนทางสังคมยังป้องกันบุคคลให้ปลอดภัยจากความรุนแรงของปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่บุคคลกำลังเผชิญอยู่ ทำให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ (Brown, 1986 อ้างใน ณัฐนาฏ ไชยศิริ, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมณฑนา เจริญกุล (2534) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางด้านสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุจำนวน 100 ราย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการตอบสนองภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคม ในระดับต่ำหรือไม่มีเลย ทำให้บุคคลเกิดความเครียดและส่งผลในทางลบต่อสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เช่นเดียวกับ Lough (1996) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมในผู้หญิงสูงอายุในชุมชน ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้หญิงสูงอายุ

นอกจากปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมแล้ว ยังพบว่าการดูแลตนเองด้านสุขภาพมีส่วนสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยในแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ พบว่าบุคคลจะใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลตนเอง โดยการดูแลตนเองจะครอบคลุมการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care) การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care) และการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนสุขภาพ (Health deviation self-care) (Orem, 1985 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) โดยการดูแลตนเองดังกล่าวจะส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งคน ทั้งในด้านร่างกายและทางด้านจิตใจอย่างผสมผสานกัน เนื่องจากโอเร็มมองการดูแลตนเองว่าเป็นกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตน ซึ่งตนเป็นหน่วยเดียวจะแยกกันออกเป็นส่วนๆ ไม่ได้ และจากการศึกษาของ ศรีวิธนา สุภพิทยากุล (2534) พบว่าการดูแลตนเองในแต่ละเรื่องจะส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจอย่างผสมผสานกันและแยกจากกันไม่ได้

จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง



2. การเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

4. การดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Reseach) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว

การเผชิญความเครียดของบุคคล ได้แก่ การจัดการแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์

การสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุ สิ่งของ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร

การดูแลตนเองด้านสุขภาพ ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

ภาวะสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพทางกาย และภาวะสุขภาพทางจิต

### คำจำกัดความในการวิจัย

ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการพื้นฐานของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งเป็นความสมดุลหรือสมบูรณในการทำหน้าที่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพ SF-36 (SF-36 Health survey questionnaires) ซึ่งผู้วิจัยแปลและดัดแปลงให้เหมาะสมกับสังคมไทย โดยแบ่งภาวะสุขภาพออกเป็น

1.ภาวะสุขภาพทางกาย หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของร่างกาย ข้อจำกัดในการทำหน้าที่ทางกาย ความเจ็บปวดต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น สุขภาพโดยทั่วไป รวมถึงการมีพลังในการทำหน้าที่ของร่างกาย

2.ภาวะสุขภาพทางจิต หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เกี่ยวกับความสุข ภาวะซึมเศร้า หรือปัญหาทางจิตใจที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วย ซึ่งรวมถึงด้านสุขภาพทางสังคม ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เกี่ยวกับความผาสุก การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

การเผชิญความเครียด หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีการแสดงทางด้านความคิดและการกระทำ เพื่อมุ่งแก้ไขหรือจัดการกับความเครียดให้บรรเทา ควบคุมหรือขจัดให้หมดไป โดยการเผชิญความเครียดแบ่งออกเป็น

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การวางแผนแก้ปัญหา

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ เพื่อลดหรือบรรเทาความไม่สบายใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

การเผชิญความเครียดในการวิจัยครั้งนี้ ประเมินได้จากแบบวัดการเผชิญความเครียดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจาก ศิริพร โอภาสวัฒน์ชัย (2531) โดยศึกษาแนวคิดของ จาโลวิช (Jalowich, 1983) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม สิ่งของหรือข้อมูล ซึ่งการได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้แบ่งเป็น

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับกำลังใจและความห่วงใยจากเครือข่ายทางสังคมในการให้การดูแลผู้ป่วย

2. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและช่วยเหลือด้านสิ่งของต่างๆ

3. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความไว้วางใจ การยอมรับ การยกย่อง จากบุคคลต่างๆ ในสังคม

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือและได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้ป่วย

การสนับสนุนทางสังคม ประเมินโดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทของ ณัฐนาฏ ไชยศิริ (2534) ได้ศึกษาแนวคิดของ เฮาส์ (House, 1981) และจากการ ทบทวนเอกสาร วรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การดูแลตนเองด้านสุขภาพ หมายถึง การที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรค จิตเภทกระทำกิจกรรมด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพ จิต ซึ่งประกอบด้วย

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ดูแล หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลประพฤติกและ ปฏิบัติเพื่อให้เข้าใจถึงความสามารถ ข้อจำกัด รวมทั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตของตนเอง
2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภทปฏิบัติเพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และผู้ดูแลรับรู้ความต้องการของผู้อื่นได้ อย่างถูกต้อง
3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถวางแผนในการใช้เวลาในแต่ละวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำที่ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตาม หลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ
5. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การกระทำของผู้ดูแลผู้ป่วยเพื่อสร้างความ แข็งแรงทางด้านร่างกาย ร่วมกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม

การดูแลตนเองด้านสุขภาพ ประเมินโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากแบบ วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) และแนวคิดการดูแลตน เองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith (1990)

ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บิดาหรือมารดา สามีหรือ ภรรยา พี่น้องหรือบุตร เพียงคนใดคนหนึ่งที่อยู่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยอย่าง สม่าเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

รายได้ของครอบครัว หมายถึง รายได้ปัจจุบันของครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยโรค จิตเภทต่อเดือน แบ่งเป็น

รายได้เพียงพอ หมายถึง รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการครองชีพ

รายได้ไม่เพียงพอ หมายถึง รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการครองชีพของ ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย

รายได้เหลือเก็บ หมายถึง รายได้เหลือใช้กับค่าใช้จ่ายในการครองชีพของผู้ดูแล ในครอบครัวผู้ป่วย

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

- 1) ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางให้พยาบาลระดับปฏิบัติการในการให้การดูแลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันภาวะสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 2) ด้านการวิจัยเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตอื่นๆ

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว
3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง
  - 4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว
  - 4.2 การเผชิญความเครียด
  - 4.3 การสนับสนุนทางสังคม
  - 4.4 การดูแลตนเองด้านสุขภาพ

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท (Schizophrenia)

โรค "จิตเภท" มาจากคำว่า จิต + เกท ซึ่งแปลว่า แตก แยก หรือทำลาย ฉะนั้นจิตเภท จึงแปลว่า จิตใจแตกแยกหรือถูกทำลาย โรคจิตเภทจะแสดงลักษณะโดยมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพและความเข้าใจในสภาพความเป็นจริงต่างๆ อย่างมาก ทำให้เกิดความผิดปกติทางกระบวนการคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม รวมทั้งขาดการเอาใจใส่ในตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การงานและความสัมพันธ์กับสังคมเปลี่ยนแปลงไปด้วย (สุวิทนา อารีพรรค, 2524)

โรคจิตเภทนี้ส่วนมากมักพบในวัยรุ่นหรือวัยหนุ่มสาว ส่วนมากเป็นเรื้อรัง และเมื่อเป็นโรคนี้แล้วผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพให้เห็น จากสถิติของ American Psychiatric Association (1994) พบว่า มีอัตราของผู้ป่วยโรคนี้ 1-2 % ของประชากรโลก พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ระดับเศรษฐกิจและสังคมระดับต่ำมากกว่าสูง โรคจิตเภทยังจัดเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ป่วยเป็นโรคนี้และผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อรักษาหายแล้วมักไม่ค่อยรับประทานยา เนื่องจากคิดว่าตนไม่ได้ป่วยเป็นอะไร จึงทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเป็นซ้ำ (Relapse) และรักษาตัวในโรงพยาบาลหลายครั้ง

### ความหมายของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่พบได้มากที่สุดและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งในจำนวนโรคทางจิตเวช และมีผู้ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มาก ซึ่งสรุปได้ดังนี้

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2541) กล่าวว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางด้านอารมณ์แสดงออกโดยการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

Fox & Kane (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนมากมักเริ่มมีอาการในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะที่ดี

สาเหตุของการเกิดโรค

สาเหตุของโรคจิตเภทมักมีองค์ประกอบหลายอย่างร่วมกันในการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น และผู้ป่วยแต่ละรายได้รับอิทธิพลแต่ละอย่างไม่เท่ากัน แต่ปัจจัยใหญ่ๆ ที่เชื่อว่าน่าจะเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทมีดังนี้

#### 1. ปัจจัยทางด้านกรรมพันธุ์ (Genetic factors)

จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 4 - 14 พบในบิดา มารดา และพี่น้องร่วมบิดามารดากับผู้ป่วย ร้อยละ 12.30 พบในบุตรที่บิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 40 พบในบุตรที่บิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 77.60 พบในแฝดไข่ใบเดียวกันแต่แยกกันอยู่ และร้อยละ 91.50 พบในแฝดไข่ใบเดียวกันและอยู่ร่วมกัน การพบความแตกต่างของอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคในไข่ใบเดียวกันแสดงว่าสาเหตุของการเกิดโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ ด้วยหรือการมีลักษณะพันธุกรรมไม่จำเป็นต้องเป็นโรคนี้นี้เสมอไป (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2536)

#### 2. ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors)

จากการศึกษาวิจัยถึงปัจจัยทางชีววิทยาต่างๆ ที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสมมติฐานที่ได้รับการเชื่อถือมากที่สุด ได้แก่ ความสัมพันธ์กับโดปามีน (Dopamine) ในสมองที่มี

มากเกินไป และจำนวน Postsynaptic receptor มากไป อีกทั้งความไม่สมดุลระหว่าง Acetylcholine กับ Dopamine และ GABA อีกด้วย

### 3. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors)

จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่าอาการของโรคจิตเภทเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego ซึ่งถ้ามี Psychic Trauma ในช่วงระยะพัฒนาการขวบปีแรกจะมีผลให้เกิดพยาธิสภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ ซึ่งทำให้การปรับตัว การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมพฤติกรรมไม่ดี และผู้ป่วยโรคนี้มีความไวต่อความเครียดได้ง่าย และมักเลือกใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย การโทษคนอื่น เพื่อลดความกังวล จนกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร และเกิดการเรียนรู้จนกลายเป็นพยาธิสภาพไป

### 4. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

พบว่า สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท โดยประชากรที่มีฐานะยากจน ระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ครอบครัวที่มีการขัดแย้งกัน มักทะเลาะวิวาทและขัดแย้งกัน และใช้อารมณ์ต่อกันสูง (Express Emotion) ความไม่เสมอต้นเสมอปลายของมารดาทำให้เด็กเกิดภาวะต้องการและกลัวมารดา ทำให้เด็กไม่สามารถสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นได้

โดยสรุปแล้ว สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ปัจจัยทางด้านชีววิทยาหรือปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคมรวมทั้งวัฒนธรรมอีกด้วย

ชนิดของโรคจิตเภท สามารถแบ่งได้หลายชนิด ถ้าแบ่งตาม DSM IV R มีทั้งหมด 5 ชนิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2536)

1. Catatonic Type มีอาการเด่นแบบใดแบบหนึ่ง คือ ซึม เคลื่อนไหวน้อย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่พูด เคลื่อนไหวมากอย่างไร้จุดหมาย อยู่ในท่าแปลก

2. Disorganized Type มีอาการความคิดและไม่ประติดประต่อ (Incoherence) อารมณ์เฉยเมยไม่เหมาะสม

3. ไม่มีอาการของ Catatonic เรื่องใดเรื่องหนึ่งหรือหลายเรื่องหรือมีประสาทหลอนร่วมด้วยในเนื้อหาที่เป็นเรื่องเดียวกัน อาการที่มักพบร่วมด้วยคือ อารมณ์โกรธ พฤติกรรมก้าวร้าวที่เป็นอันตราย มีความรู้สึกหวาดกลัวในสิ่งต่าง ๆ

4. Undifferentiated Type มีอาการหลงผิดประสาทหลอน ความเห็นไม่ประติดประต่อหรือพฤติกรรมที่ Disorganized

5. Residual Type เป็นพวกที่มีอาการโรคจิตเภทมาก่อน แต่ขณะนี้ไม่มีอาการทางจิตที่ชัดเจน ไม่มีอาการหลงผิดประสาทหลอน แต่จะมีลักษณะ loosening of Association อยู่บ้าง สีน้าจะเฉยเมยและแยกตนเอง

การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ การรักษาทางกายและการรักษาทางจิตสังคม

### การดำเนินโรค

โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเดิม เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในเรื่องปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา ใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ

ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกได้ยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนที่อาการจะกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดี หากอยู่ในระยะนี้นานๆ และผู้ป่วยจะมีอาการเลวลงเรื่อยๆ

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น เอะอะไว้วาย ทำลายข้าวของ มีหูแว่วและภาพหลอน

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการของโรคจิต เช่นประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภท และยังมีพบอาการซึมเศร้าร่วมด้วย

ในระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันทางด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบได้บ่อยคือ การนอนหลับผิดปกติไป วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง

การรักษาทางกาย เป็นการรักษาด้วยวิธีการใดๆ ที่กระทำต่อร่างกาย โดยใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ ในปัจจุบันมีการรักษาด้วยยา และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งเป็นการรักษาที่ได้ผลเร็วและมีประสิทธิภาพ



### 1. การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาถือเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อควบคุมอาการแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ที่มีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้นส่วนใหญ่เป็นปัญหา มาจากการขาดยา

### 2. การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT (electrical convulsion therapy) ร่วมไปด้วย นอกจากการรักษาด้วยไฟฟ้าอาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonia หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

การรักษาทางจิตสังคม เป็นการรักษาที่เน้นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตใจ รวมทั้งการนำหลักการของพฤติกรรมบำบัดมาประยุกต์ใช้ เช่น การรักษาจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดครอบครัว และกลุ่มบำบัดต่างๆ ซึ่งการรักษาวินีนี้ ต้องควบคู่กับการใช้ยารักษาโรคจิตด้วย การรักษาทางจิตสังคม ได้แก่

1. พฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) วิธีการรักษาทางพฤติกรรมที่ใช้ คือ Token economies เป็นการฝึกความชำนาญเพื่อการดำรงตนในสังคม การดูแลตนเอง ฝึกความชำนาญที่ผู้ป่วยมีอยู่ และการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยอาศัยการให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และการให้สิทธิที่ผู้ป่วยต้องการอย่างเหมาะสม

2. ครอบครัวบำบัด (Family Therapy) เป็นการใช้ครอบครัวบำบัดในการลดการกำเริบใหม่ของโรค โดยเฉพาะครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างมาก (High expressed emotion) ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปการเป็นศัตรู หรือการผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป รวมทั้งก้าวร้าวชีวิตของผู้ป่วยมากเกินไป

3. กลุ่มบำบัด (Group Therapy) โดยทั่วไปเน้นในเรื่องการวางแผนชีวิต การแก้ปัญหา เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง จะช่วยในการลดการแยกตัวได้มาก ทำให้อยู่ในโลกของความเป็นจริงได้มากขึ้น

4. การฝึกความชำนาญเพื่อการดำรงตนในสังคม (Social skill training) โดยจะฝึกพฤติกรรมระหว่างบุคคล เพื่อให้สามารถดำรงตนอยู่ได้ในสังคมด้วยตนเอง

5. จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy) เป็นการบำบัดเป็นรายบุคคล มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยก็ต่อเมื่อมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การบำบัดเป็นรายบุคคลชนิดประคับประคองเป็นชนิดที่มีการใช้มากที่สุด

6. นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการในการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัด

สภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้นำอยู่ ระบบการบริหารแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เป็นบางส่วน และผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่ทำได้

จากที่ได้กล่าวมาเกี่ยวกับโรคจิตเภทข้างต้น พอสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความเรื้อรัง โดยมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านบุคลิกภาพ และขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริงต่างๆ อย่างมาก ซึ่งทำให้มีความบกพร่องต่อการปฏิบัติหน้าที่ การงาน และความสัมพันธ์กับสังคมเสียไป การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาทางด้านร่างกาย และการรักษาทางจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยมีผู้ดูแลในครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือดูแลในกิจกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เอง

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทและครอบครัว

### ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีผู้ได้ให้ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทแตกต่างกัน ดังนี้

Leininger (1994) กล่าวถึงการพยาบาลว่า เป็นการดูแลและเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม และการเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคล หรือรายกลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยความเอาใจใส่ โดยเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ คือ ต้องมีองค์ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการ และความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม โดยการดูแลจะตอบสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล

Watson (1989) กล่าวถึงการพยาบาลว่า เป็นการดูแลระหว่างบุคคลที่เน้นการเป็นมนุษย์แบบองค์รวม ที่มีจิตวิญญาณเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ มีเป้าหมายของการพยาบาล เพื่อให้บุคคลมีภาวะสมดุลของกาย จิต และจิตวิญญาณ กระบวนการดูแลเกิดขึ้นเมื่อมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ซึ่งต่างก็เป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ชีวิต การพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อมีการรับรู้ตรงกัน ในการตัดสินใจเลือกสิ่งปฏิบัติที่ดี และเหมาะสมที่สุด

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือ การยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

จวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวชคือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่ง ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์

ประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย รวมทั้งการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตนเอง ปรับปรุงตนเองและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษารวมทั้งพึ่งพาตนเองได้

จากคำจำกัดความดังกล่าว เมื่อปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงกล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง การกระทำกิจกรรมการดูแลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมกับการให้ความรู้ในด้านการส่งเสริม ป้องกันบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพและสุขภาพจิต โดยการให้การดูแลผู้ป่วยต้องใช้ความรู้ทั้งทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะ ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม และมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงไป และสามารถพึ่งพาตนเองได้

#### องค์ประกอบของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

องค์ประกอบของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยแนวคิดที่ครอบคลุมการพยาบาล 4 ประเด็น ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม สุขภาพ และการพยาบาล โดยทั้ง 4 มิติต้องมีความสัมพันธ์กัน

#### กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ในการเข้าไปช่วยเหลือปัญหาทางด้านจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล การกำหนดปัญหา การลงมือปฏิบัติการ และการประเมินผล เพื่อเป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาหรือสามารถปรับตัวได้ต่อสภาพปัญหาของตนเอง

**การเก็บรวบรวมข้อมูล (Assessment)** โดยข้อมูลทางจิตเวชแบ่งเป็นประวัติทางจิตเวช ได้แก่ การเจ็บป่วยทางจิต ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติทางสังคม สุขภาพทั่วไป และการเจ็บป่วยทางจิต

**การวางแผนการพยาบาล (Planing)** ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาลประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การตั้งเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ การกำหนดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาตามความต้องการของบุคคลเป็นลำดับ

**การนำแผนไปปฏิบัติ (Intervention)** การปฏิบัติการพยาบาลควรเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับบริการ โดยเริ่มจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยทั่วไป เมื่อได้ข้อมูลเพิ่มมากขึ้นจึงมีการปรับเปลี่ยนแนวทางในการดูแลให้มีความเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น

การประเมินผล (Evaluation) เป็นการเปรียบเทียบผลของการพยาบาลที่ให้แก่ผู้ป่วยว่าผลที่ได้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยการประเมินผลแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ การประเมินจากพัฒนาการของผู้ป่วย และประเมินจากการปฏิบัติงานของพยาบาล

#### การพยาบาลจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ ได้แก่

การส่งเสริมสุขภาพจิต มีหลักเกณฑ์ว่า สุขภาพจิตที่ดีจะมีพื้นฐานมาจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความไว้วางใจผู้อื่น การได้รับการฝึกการแสดงออกอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางด้านจิตใจ ยอมรับตนเอง บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานมาจากจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี

การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดได้กับบุคคลทุกเพศทุกวัย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ความรับผิดชอบในหน้าที่ทางสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆ จึงทำให้เกิดความขัดแย้ง ความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวลได้

การบำบัดรักษา เมื่อบุคคลมีปัญหาด้านสุขภาพจิตแล้วไม่สามารถจัดการได้ อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้

การฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่าผู้ป่วยทางด้านโรคจิตเวชจะขาดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดความสามารถในการดูแลและช่วยเหลือตนเอง

ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการพยาบาลในแนวทางการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

### 3. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

#### ภาวะสุขภาพ (Health Status)

##### ความหมายของภาวะสุขภาพ

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ มีผู้ได้ศึกษาและให้ความหมายของภาวะสุขภาพ ไว้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2525) ให้ความหมายของคำว่า "ภาวะ"ว่า หมายถึง ความมี ความเป็น หรือการปรากฏ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) อธิบายถึงสุขภาพของบุคคลว่า เป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ หรือไม่มีความบกพร่อง ซึ่งไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่รวมถึงความสมบูรณ์ของจิตใจและจิตวิญญาณด้วย (WHO cited in Orem, 1991) โดยภาวะสุขภาพจะรวมทั้งสุขภาพทางร่างกาย จิตใจและสังคม

Kozies and Erb (1988 อ้างใน พวงเพ็ญ ชุณหพรานและคณะ, 2537) ได้ให้ความหมายของสภาวะสุขภาพไว้ว่า เป็นสุขภาพของแต่ละบุคคล ณ เวลาใดเวลาหนึ่ง หรือความหมายโดยทั่วๆ ไปจะหมายถึงภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้าหรือการเจ็บป่วยที่บุคคลนั้นกำลังเผชิญอยู่

King (1981) ให้คำจำกัดความของสุขภาพไว้ว่า เป็นกลไกของชีวิตที่จะจัดการกับสิ่งเร้าทั้งจากสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก โดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดำเนินชีวิตประจำวัน

Orem (1991) ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า เป็นภาวะของความสมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการควบคุมอารมณ์ สุขภาพของบุคคลเป็นองค์รวมที่ผสมผสานกันของโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

Boddy (1985) กล่าวว่า สุขภาพเป็นความสมบูรณ์ของร่างกายและการอยู่ร่วมกับสังคม เป็นความผาสุกในชีวิต

Newell. (1996) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ว่า เป็นการทำหน้าที่ของร่างกาย และจิตใจอย่างสมบูรณ์ ซึ่งปราศจากการเป็นโรคหรือความผิดปกติ

House (2001) ได้กล่าวว่าสุขภาพ เป็นภาวะความสมบูรณ์ของสุขภาพทั้งสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์และสังคม ของแต่ละบุคคล

ประเวศ วะสี (2536) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพไว้ว่า หมายถึง ภาวะที่ประกอบด้วยหลายมิติ นอกจากเรื่องกายแล้วยังเกี่ยวข้องกับเรื่องจิตใจโดยตรง

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุล เกิดจากความสมดุลทั้งหมดของทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

จากความหมายของภาวะสุขภาพดังกล่าว สรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพหมายถึงสภาพร่างกายในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งของบุคคลที่แสดงถึงความสามารถหรือความเป็นอิสระในการทำหน้าที่ ที่จะปฏิบัติตามความต้องการขั้นพื้นฐานของร่างกาย โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาการที่ปกติ มีสุขภาพดี เป็นความสมดุลหรือความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

## การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินเพื่อตัดสินว่าบุคคลมีสุขภาพดีหรือไม่ นั้น ขึ้นอยู่กับการให้ความหมายของภาวะสุขภาพและการรับรู้ของแต่ละบุคคล โดยข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพอาจได้มาจากการประเมินตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของบุคคล บุคลากรทางการแพทย์ และจากการตรวจร่างกายร่วมการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ โดยทั่วไปการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลสามารถประเมินได้จากภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ และการประเมินสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลดังนี้ (พุทธเมษา หมั่นคำแสน, 2542)

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางด้านกายภาพ ได้แก่ การตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของร่างกาย ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ น้ำหนักตัว และการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ เช่นการตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การตรวจทางรังสี เป็นต้น

2. การประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้โดยใช้แบบวัดภาวะสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวความคิดที่บุคคลได้รวบรวมขึ้น และสะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วๆ ไปของตนเอง การให้บุคคลประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองจึงมีความสำคัญต่อการดูแลตนเอง เพราะการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองตามความเป็นจริง บ่งบอกถึงความสนใจต่อตนเอง และทำให้บุคคลมีความเอาใจใส่ต่อการดูแลตนเองตามไปด้วย

ในอดีตเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพที่นักวิจัยนำมาใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพเป็นการวัดการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินได้จากคำถามเพียงคำถามเดียว เป็นการถามถึงการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ต่อมาได้มีการขยายขอบเขตการศึกษาการประกันสุขภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ทำให้ได้พัฒนาเครื่องมือในการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปขึ้นมา ซึ่งประเมินถึงการรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต และต่อมายังมีการพัฒนาแบบประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเฉพาะโรค

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยศึกษาภาวะสุขภาพตามแนวคิดของ House (2001) โดยมองสุขภาพของบุคคลว่ามีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม และสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจอารมณ์ สังคมมีความสัมพันธ์และส่งผลซึ่งกันและกัน โดยภาวะสุขภาพในการวิจัยในครั้งนี้ ประเมินจากการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยทั่วไป (SF-36 Health survey questionnaires) โดยทั่วไปในการประเมินภาวะสุขภาพของบุคคลจะประเมินสุขภาพทางด้านร่างกาย เช่นการทำตามบทบาทหน้าที่ของร่างกายตามปกติ การเจ็บป่วย ส่วนการประเมินสุขภาพทางจิตใจอารมณ์และสังคม จะประเมินในส่วนของปัญหาที่เกิดผลกระทบต่อจิตใจ เช่น การเกิดภาวะซึมเศร้า ความผาสุก การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น

### ความหมายของผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver)

คำว่า “ผู้ดูแล” หมายถึง บุคคลที่ให้ความดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย มีส่วนในการช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา

“ผู้ดูแลในครอบครัว” หรือ “Family Caregiver” หรือผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ “Informal Caregiver” โดยผู้ดูแลเหล่านี้เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น คู่สมรส บิดามารดา บุตร รวมถึงบุคคลสำคัญอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน หรือบุคคลสำคัญในชีวิตที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลโดยการช่วยเหลือต้องไม่ได้รับค่าตอบแทน

เช่นเดียวกับ ยูพาติน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ว่าเป็นบุคคลในที่นี้ ซึ่งอาจเป็นบิดามารดา สามีภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต โดยให้การดูแลผู้ป่วยที่ต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจหรืออารมณ์ มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ความหมายของผู้ดูแลหรือผู้ดูแลในครอบครัวยังจำแนกตามระดับความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล โดย Horowitz (1985) ได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ กล่าวคือ

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (give direct care) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น ซึ่งอาจช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน Primary caregiver เป็นครั้งคราวหรือเมื่อจำเป็นหรือเป็นผู้ช่วย Primary caregiver ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้คำว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง และทำหน้าที่ช่วยเหลือในการจัดการด้านอื่นๆ ต่อผู้ป่วยและเป็นผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในครั้งนี้ จึงมีความเกี่ยวข้องโดยเป็นสามีภรรยา บิดามารดา บุตรหรือญาติที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือค่าจ้างในการให้การดูแลผู้ป่วย

### ลักษณะของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผู้ดูแลควรต้องมีการสังเกตที่ดี มีความอดทน รู้จักวิธีการเข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์การเจ็บป่วย มีความรู้ความสามารถในการเข้าหาผู้ป่วย และสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมว่าเมื่อไหร่ควรนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ผู้ดูแลมักเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ บิดามารดา สามีภรรยา บุตรหรือญาติพี่น้อง ซึ่งอาจมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ให้การดูแลผู้ป่วยมากที่สุด โดยบุคคลเหล่านี้จะต้องไม่ได้รับค่าตอบแทนในการให้การดูแลผู้ป่วย

### ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ดูแลในครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านจิตวิญญาณและความเชื่อส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical domain) การมีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแล มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวในด้านร่างกายเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลในกิจวัตรประจำวัน บางครั้งมีอาการรุนแรงหรือมีพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนได้ เช่นอาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดคนเดียว คำว่าเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว ฆ่าตัวตาย เป็นต้น ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ อาจทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล จากการศึกษาของรัชนี อุปเสน (2541) ได้ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม พบว่าญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าได้น้อย เหนื่อยอ่อนเพลีย และได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย เช่นเดียวกับการศึกษาของเชื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมาการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 260 คน พบว่าผู้ดูแลมีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย ห่อหุ้มส่งผลให้ภาวะสุขภาพทรุดโทรม และจากการศึกษาของ Selieh (1994) พบว่าอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยต้องกระทำแทน อีกทั้งยังต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเองและสิ่งของต่างๆ

2. ด้านจิตใจ (Psychological domain) ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจหลายๆ ด้าน ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดและกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย วิตกกังวลต่อพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้และยังกังวลว่าจะดูแล



ผู้ป่วยอย่างไรจึงจะเหมาะสม จากการศึกษาของ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2531) พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวยังขาดความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ทำให้เกิดความเครียด สับสน เหนื่อยล้าเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลบางรายก็รู้สึกอับอายที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัว จึงมีการตอบสนองทางด้านอารมณ์ในแบบต่างๆ เช่น อารมณ์เศร้า เสียใจ โกรธ บางรายอาจมีความรู้สึกผิด คิดว่าตนมีส่วนทำให้ผู้ป่วยต้องเป็นโรคนี้นี้ ดังเช่นการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดคือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศกเสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งต้องแยกและขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น

3. ด้านความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมักพบความเป็นอิสระของบุคคลบกพร่องไป เนื่องจากภาระหลายอย่างที่ต้องคอยดูแลรับผิดชอบผู้ป่วย โดยไม่สามารถกำหนดระยะเวลาที่จะให้การดูแลที่แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการของ ผู้ป่วย ดังเช่น วรภช นิธิกุล (2535) ที่พบว่าผู้ดูแลประสบกับปัญหา ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวได้ตามต้องการ เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2531) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่รู้สึกเป็นภาระในหลายๆ เรื่อง เช่นเรื่องการรับประทานยา การมีพฤติกรรมแปลกๆ และการระวางอันตรายต่างๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยรู้สึกว่าไม่มีเวลาส่วนตัว ขาดความเป็นอิสระในตัวเอง

4. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) การที่มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในความดูแลของครอบครัวนั้น ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการะในการดูแลในด้านต่างๆ ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมได้อย่างที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญร่วมประเพณีต่างๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดความเหินห่างกับชุมชน ดังเช่นการศึกษาของ ปัทมา ทัพเพรีไพบ (2535) ที่ศึกษาเรื่องการเผชิญภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 197 คน พบว่าผู้ดูแลมีการเชิญเพื่อนบ้านมาสังสรรค์ที่บ้านหรือไปเยี่ยมเยียนเพื่อนๆ น้อยลง

5. ด้านเศรษฐกิจ โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความเรื้อรัง ทำให้การรักษาต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานและต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ทั้งในส่วนของค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยจึงเป็นภาระที่หนักของผู้ดูแลในครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจปานกลางหรือต่ำ (วรภช นิธิกุล, 2535; เวทีนี้ สุขมากและคณะ, 2544) ดังเช่นการศึกษาของ เพชรวา อินอิม (2531) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับค่ายา ค่าเดินทางมาในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ลดน้อยลง

โดยสรุปจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังต้องเผชิญกับปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ทางด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมกับสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวได้ ดังนั้นผู้ดูแลจึงต้องพยายามปรับตัวเพื่อเข้าสู่ภาวะสมดุลทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจ เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและลดผลกระทบที่อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยตามมา

#### 4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

House (2001) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล พบว่าปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมีหลายปัจจัย และแต่ละปัจจัยก็ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน ปัจจัยที่ House ได้ทำการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ เชื้อชาติ รายได้ การประกันสุขภาพของบุคคล การสนับสนุนทางสังคม ความเครียด พฤติกรรมด้านสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม

จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารวิชาการต่างๆ พบว่าปัจจัยต่างๆ ดังกล่าว ล้วนส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ดังนี้

การเผชิญความเครียดของบุคคล (Coping) Kaplan et al. (1993) กล่าวว่า ความเครียดเป็นสิ่งเร้าชนิดหนึ่งที่มากระทบกับบุคคลได้ทุกคน ทำให้บุคคลมีการหาทางใช้วิธีการต่างๆ ในการเผชิญความเครียดนั้น เพื่อให้ปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นลุล่วงไปได้ด้วยดี แต่ถ้าบุคคลมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่ไม่เหมาะสมแล้วหรือไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ความเครียดหรือปัญหานั้นก็จะสะสมเพิ่มขึ้น จนในที่สุดจะเกิดผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลตามมา เช่น การเกิดโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ การเกิดภาวะซึมเศร้า และเกิดผลกระทบต่อการทำตามบทบาทหน้าที่ของตนเองตามมา เช่นเดียวกับ Cohen & Williamson (1991 cited in Duck, 1998) ที่กล่าวว่า ความเครียดและการเผชิญความเครียดเป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลอย่างยิ่งต่อสุขภาพของบุคคล

การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) Glass & Maddox (1992) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โดยกลไกการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยป้องกันการเจ็บป่วย ในส่วนที่จะเป็นกันชนหรือลดความรุนแรงของปัญหาหรือความเครียดที่เกิดขึ้น โดยการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะส่งผลเกิดผลด้านบวกต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (Berkman & Syme, 1979 cited in Duck, 1998)

การดูแลตนเองด้านสุขภาพ (Self-Care Practice) Kaplan et al. (1993) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยถ้าบุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพในด้านลบจะส่งผลให้เกิดผลต่อภาวะสุขภาพด้านลบด้วย ดังนั้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ไม่ว่าจะ เป็นสุขภาพทางกายหรือสุขภาพทางจิตย่อมส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของบุคคลด้วย และศรีรัตนาศุภพิทยากุล (2534) พบว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพในแต่ละเรื่องจะส่งผลต่อสุขภาพทั้งทาง ด้านร่างกายและทางด้านจิตใจอย่างแยกจากกันไม่ได้

ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยบางส่วนที่อาจส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยปัจจัยที่ผู้วิจัยได้คัดเลือกมาในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และ ปัจจัยส่วนบุคคลในด้านรายได้ของครอบครัว เหตุที่เลือกเพียงปัจจัยบางปัจจัยมาทำการศึกษาใน ครั้งนี้ เนื่องจากปัจจัยบางปัจจัยไม่สามารถควบคุม และไม่มี ความเหมาะสมในสังคมไทยใน ปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงไม่นำมาศึกษาในครั้งนี้

**ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง**

เฮาส์ (House, 2001) ได้กล่าวถึงปัจจัยส่วนบุคคลว่ามีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ ของบุคคลแตกต่างกัน โดยปัจจัยส่วนบุคคลบางประการมีระดับความสัมพันธ์สูงกับภาวะสุขภาพที่ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางประการมีระดับความสัมพันธ์ที่ค่อนข้างน้อย ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลในด้านรายได้ของครอบครัว ดังนี้

**รายได้ของครอบครัว**

รายได้ของครอบครัว โดยปัจจัยในด้านนี้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการ ดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ การมีรายได้ในครอบครัวที่ดี ทำให้มีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มี ประโยชน์ หรือเชื้ออำนวยการดูแลสุขภาพของตนเองทั้งในสภาวะที่ปกติหรือในยามที่เจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกับการมีรายได้ในครอบครัวที่ต่ำ จะมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และแสวงหาความรู้และ ประสบการณ์ในการเรียนรู้ (Pender, 1982)

#### 4.1 การเผชิญความเครียด (Coping)

**แนวคิดเกี่ยวกับความเครียด**

ความเครียดเป็นแนวคิดที่มีพื้นฐานมาจากความสัมพันธ์ระหว่างกายและจิต (mind and body relationship) ที่เชื่อกันว่าความรู้สึกหรืออารมณ์มีผลต่อสุขภาพหรือความเจ็บ

ป่วยทางกายได้ โดยแนวคิดเรื่องความเครียดถูกนำมาเชื่อมโยงกับความเจ็บป่วยได้ 3 ประการ (Anderson, 1988)

1. ความเครียดเป็นสาเหตุหนึ่งของความเจ็บป่วย (Stress as a Cause of Illness) โดยที่ความเครียดทางจิตใจจะมีผลโดยตรงต่อระบบการทำงานของร่างกาย โดยเฉพาะระบบของฮอร์โมน

2. ความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด (Illness as a Stressor)

3. ความเครียดกับการลดลงของความเจ็บป่วย (Stress and the reduction of morbidity) การลดความเครียดจะช่วยลดความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดความเจ็บป่วยได้อีก ทั้งนี้การลดระดับความเครียดจะช่วยลดการเรื้อรังทางอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งมีผลช่วยลดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อันจะมีผลต่อการเจ็บป่วยได้

#### แนวคิดการเผชิญความเครียด

ในภาวะที่คนเราต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ตนเองคิดว่าจะมาคุกคามความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง คนเราจะพยายามต่อสู้เพื่อเผชิญกับภาวะดังกล่าวอย่างดีที่สุด เพื่อไม่ให้ตนเองเกิดความเครียดหรือเพื่อลดความรุนแรงของความรู้สึกเครียด การต่อสู้ที่ทำให้คนเราพร้อมจะเผชิญกับภาวะที่ทำให้เครียดเรียกว่า การเผชิญความเครียด

#### ความหมายของการเผชิญความเครียด

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้ให้ความหมายของความเครียดที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นจึงให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า เป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรมอย่างคงที่เพื่อจะจัดการกับความต้องการทั้งภายนอกและภายในเฉพาะอย่างที่ถูกประเมินว่ามีมากกว่าทรัพยากรของบุคคล

ยาเกอร์ (Yager, 1989) กล่าวถึงการเผชิญความเครียดว่า เป็นการใช้ความพยายามทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญา และพฤติกรรมเพื่อจัดการกับความต้องการภายในและภายนอกบุคคลที่มากเกินไปจนประโยชน์ธรรมดาของบุคคล ซึ่งในการเผชิญความเครียดบุคคลต้องมีการประเมินตัดสินใจเกี่ยวกับเหตุการณ์ วางแผนที่จะมีการกระทำ มีการแก้ปัญหา และประเมินในสิ่งที่ทำไป การเผชิญความเครียดจะประสบความสำเร็จได้ บุคคลต้องมีความพร้อมทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ในการที่จะสามารถรับรู้ จำแนก วางแผน ตัดสินใจได้

ผ่องพักตร์ พิทยพันธุ์ (2542) ได้ให้ความหมายของการเผชิญความเครียดว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลพยายามทั้งกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์มากกว่าธรรมดา

ดังนั้นการเผชิญความเครียดจึงหมายถึง กระบวนการที่บุคคลพยายามที่จะกระทำพฤติกรรมต่างๆ ทั้งในด้านความคิด การกระทำของบุคคล โดยวิธีการต่างๆ ที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อลดปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมา

### การเผชิญความเครียดตามแนวคิดของลาซารัส

ลาซารัส (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า การตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ในการที่จะจัดการกับความต้องการและความขัดแย้งที่เฉพาะเจาะจง บุคคลจะมีการประเมินการตัดสินใจ 3 ขั้นตอนคือ

1. การประเมินชนิดปฐมภูมิ (Primary appraisal) เป็นการประเมินตัดสินต่อความสำคัญและความรุนแรงของเหตุการณ์ ซึ่งความสำคัญต่อเหตุการณ์นี้อาจแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะคือ

1.1 ไม่มีความสำคัญกับตนเอง (Irrelevant) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นไม่ได้เกี่ยวข้องกับสวัสดิภาพของตน

1.2 มีผลในทางที่ดีกับตนเอง (Benign positive) คือการที่บุคคลพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นมีผลดีกับสวัสดิภาพของตนเอง บุคคลนั้นจะรู้สึกผ่อนคลาย ไม่ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว

1.3 ประเมินว่าเป็นความเครียด (Stressful) คือความที่บุคคลนั้นพิจารณาว่าเหตุการณ์นั้นต้องใช้แหล่งประโยชน์อย่างเต็มที่หรือเกินกำลังที่มีอยู่ โดยการประเมินความเครียดมี 3 ลักษณะคือ เป็นอันตรายหรือสูญเสีย (Harm and Loss) คุกคาม (Threat) และท้าทาย (Challenge)

2. การประเมินทุติยภูมิ (Secondary appraisal) เป็นการประเมินแหล่งประโยชน์และทางเลือกที่จะจัดการกับเหตุการณ์นั้นๆ ซึ่งการประเมินตัดสินเหตุการณ์ว่าเป็นความเครียดหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยดังนี้

2.1 ปัจจัยเฉพาะหน้า ได้แก่ ความรุนแรงของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ลักษณะเหตุการณ์นั้นสามารถทำนายได้มากน้อยเพียงใด

2.2 ปัจจัยทางด้านตัวบุคคล ได้แก่ ข้อผูกพัน ความเชื่อและความสามารถทางสติปัญญา

2.3 การประเมินตัดสินใหม่ เป็นการเปลี่ยนแปลงการประเมินของบุคคลเมื่อได้รับข้อมูลเข้ามาใหม่ เป็นการประเมินผลการเผชิญความเครียดที่ได้ใช้ไปแล้ว

### รูปแบบการเผชิญความเครียด

หลังจากที่บุคคลประเมินสถานการณ์แล้วว่าเป็นความเครียด บุคคลจะเลือกวิธีการหรือกลยุทธ์ต่างๆ เพื่อจัดการกับความเครียดนั้นและแสดงออกทางความรู้สึกนึกคิด หรือการ

กระทำในลักษณะต่างๆ ซึ่งเรียกว่า พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบดังนี้ (Lazarus & Folkman, 1984)

1. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem focused coping) คือการจัดการหรือการเปลี่ยนแปลงปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียด มีลักษณะการแก้ปัญหาที่คล้ายคลึงกับการแก้ปัญหาตามหลักกระบวนการวิทยาศาสตร์ คือมีการกำหนดปัญหา หาวิธีหรือทางเลือกในการแก้ปัญหาหลายๆ วิธี โดยพิจารณาถึงผลดีผลเสีย แล้วจึงเลือกวิธีที่เหมาะสมในการดำเนินการแก้ปัญหา เช่นการแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติม การเรียนรู้ทักษะและวิธีการใหม่ เป็นต้น

2. การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับกับอารมณ์ (Emotion focus coping) บุคคลจะใช้พฤติกรรมนี้มากเมื่อประเมินว่าไม่สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงแก้ไขภาวะคุกคามหรือสิ่งแวดล้อมได้ ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 รูปแบบ คือ

2.1) รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิด ทำให้อารมณ์ตึงเครียดลดลง วิธีเผชิญปัญหาเหล่านี้

2.2) รูปแบบซึ่งใช้กระบวนการทางความคิดทำให้อารมณ์เครียดเพิ่มขึ้น ซึ่งการใช้รูปแบบนี้ใช้ไม่มาก โดยอาจต้องการให้มีความเครียดก่อนในระยะแรก เพื่อทำให้อารมณ์หรือสถานการณ์ที่ดีกว่าในภายหลัง

2.3) รูปแบบอื่นๆ ซึ่งไม่ได้ใช้กระบวนการทางความคิด แต่เป็นการกระทำเพื่อให้ลืมปัญหา

การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยการผสมผสานระหว่างการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ ซึ่งทั้งสองรูปแบบนี้อาจให้ผลดีและผลเสีย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ของแต่ละบุคคล

ลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) พิจารณาผลการประเมินและการเผชิญความเครียด (coping) ต่อผลลัพธ์ในการปรับตัว 3 ด้านคือ การทำหน้าที่ทางสังคม ขวัญและกำลังใจและภาวะสุขภาพ โดยผลลัพธ์ที่เกิดจากการปรับตัวทั้ง 3 ด้านนั้นจะมีประสิทธิภาพหรือไม่นั้น บุคคลจะต้องมีการประเมินสถานการณ์ให้ใกล้เคียงกับความเป็นจริง คือมีความสอดคล้องกับความต้องการและแหล่งประโยชน์และรู้จักใช้วิธีการที่เหมาะสมในการเผชิญความเครียดทั้งการมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งปรับอารมณ์

## การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

### แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ทำหน้าที่เป็นเสมือนสื่อกลางที่คอยช่วยเหลือบุคคลให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเครือข่ายสังคม (Social Network) ซึ่งได้แก่ พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน ฯลฯ อย่างเพียงพอจะช่วยลดภาวะเครียด ทำให้มนุษย์สามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากจะทำให้บุคคลมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

### ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ได้ศึกษาไว้หลายท่านทั้งในทางสังคมศาสตร์ และพยาบาลศาสตร์ ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งพอสรุปแนวคิดไว้ดังนี้

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วย ความรักความห่วงใย ความไว้วางใจ ความช่วยเหลือด้านการเงิน การให้ข้อมูลข่าวสาร แรงงาน ตลอดจนการให้ข้อมูลป้อนกลับเพื่อการเรียนรู้และการประเมินตนเอง

Cobb (1976) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ช่วยให้บุคคลเข้าใจว่ามีบุคคลคอยให้การดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่ ให้ความเคารพยกย่อง มีความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

Langlie (1977 อ้างใน ปัทมา ทัพเสวีไมท, 2534) การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ อารมณ์ การได้รับคำแนะนำ การได้รับการช่วยเหลือทางการเงิน วัตถุประสงค์จากบุคคลในสังคม

Pender (1987) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกของการได้รับการยอมรับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น โดยการได้รับจากกลุ่มคนในระบบของสังคม โดย Pender ได้แบ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ระบบ ได้แก่

1. ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ (nature support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางครอบครัว และญาติพี่น้อง โดยถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญมากที่สุด มีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวตั้งแต่วัยเด็ก

2. ระบบสนับสนุนจากเพื่อน (peer support) เป็นการสนับสนุนจากบุคคลที่มีประสบการณ์ มีความชำนาญในเรื่องที่จะค้นคว้าหาความต้องการและสามารถติดต่อชักจูงกับผู้ป่วยได้ง่าย

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนา (religious organization) เป็นแหล่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตต่างๆ

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (health team support) ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนอย่างแรกที่ทำให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญในกรณีที่มีการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่นๆ (organized directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัคร กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ ในทางที่ช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่างๆ ในชีวิต

จากความหมายของการสนับสนุนทางสังคม สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร แรงงานการได้รับกำลังใจจากบุคคลในกลุ่มสังคมต่างๆ

#### หลักการสนับสนุนทางสังคม

1. มีการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับ
2. ลักษณะการติดต่อสัมพันธ์ประกอบด้วย
  - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับการสนับสนุนเชื่อว่ามีคนเอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีต่อตนเองอย่างจริงใจ
  - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับการสนับสนุนรู้สึกว่าคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
  - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ทำให้ผู้รับการสนับสนุนเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและมีประโยชน์ต่อสังคม
3. ปัจจัยนำเข้าของการสนับสนุนทางสังคมอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัตถุหรือสิ่งของ
4. ช่วยเหลือให้ผู้รับการสนับสนุนได้บรรลุถึงจุดหมายที่ต้องการ

#### ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางสังคมที่บุคคลต้องการที่จะได้รับจากกลุ่มต่างๆ ในสังคม โดยการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ซึ่งมีรูปแบบหรือชนิดต่างๆ กันคือ

House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ประการคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotion Support) หมายถึง การให้ความผูกพัน ความไว้วางใจ ความเอาใจใส่ การรับฟังในเรื่องต่างๆ



2. การสนับสนุนด้านวัตถุ (Instrumental Support) หมายถึง การให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องมือ สิ่งของจำเป็น เช่น เงิน แรงงาน เวลา และการช่วยเหลือด้านวัตถุอื่นๆ

3. การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Appraisal Support) หมายถึง การได้รับข้อมูลป้อนกลับ ช่วยให้บุคคลสามารถนำไปประเมินตนเองโดยเปรียบเทียบกับคนอื่นในสังคม ซึ่งทำให้เกิดความมั่นใจ

4. การสนับสนุนโดยให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) หมายถึง การได้ข้อเท็จจริง รายละเอียดข้อแนะนำ ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่บุคคลเผชิญอยู่ได้

ทิลเดน (Tilden 1985 อ้างใน ปัทมา ทัพเสรีไพฑ, 2534) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิดได้แก่

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นความรู้สึกใกล้ชิดผูกพัน ความรู้สึกเป็นเจ้าของ

2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เป็นการให้คำแนะนำข้อมูลในการแก้ปัญหา

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ (Tangible Support) เป็นการช่วยเหลือโดยตรงโดยการให้สิ่งของ เงินทองหรือบริการ

จากการศึกษาชนิดของการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ชนิดคือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า ซึ่งจากการศึกษาพบว่ามี ความครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานของมนุษย์ ดังนั้นจึงสามารถนำไปใช้กับครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ซึ่งต้องการการสนับสนุนทั้งด้านอารมณ์ การช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการ

**กลไกการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ**

Cohen และ Will (1985) ได้ทำการศึกษากลไกการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อสุขภาพของบุคคล โดยสรุปผลการศึกษาไว้ดังนี้

1. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ดีและมีอารมณ์ที่มั่นคง ซึ่งส่งผลให้ระบบต่อมไร้ท่อและระบบภูมิคุ้มกันทำงานดีขึ้น หรืออาจส่งผลทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพและส่งผลต่อสุขภาพที่ดี นอกจากนี้ยังช่วยให้บุคคลต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ดีขึ้น ทำให้ลดความรุนแรงของปัญหาลงได้

2. การสนับสนุนทางสังคมช่วยลดโอกาสเกิดภาวะวิกฤตในชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดความเครียดที่ทำให้เกิดภาวะวิกฤตซึ่งจะเชื่อมโยงความเจ็บป่วย เมื่อ

มีความเครียดบุคคลจะเกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกด้อยคุณค่า เป็นสาเหตุให้บุคคลเกิดความรู้สึกล้มเหลวในการดูแลสุขภาพของตนเองและเกิดพฤติกรรมเสี่ยง

ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานซึ่งบุคคลควรได้รับ โดยการสนับสนุนทางสังคมทำหน้าที่เหมือนกันชนต่อปัญหาต่างๆ (Aneshensel, 1992) ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจากเมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้เผชิญกับเหตุการณ์ในชีวิตที่เป็นภาวะวิกฤตได้ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการเผชิญความเครียดของบุคคล เป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยในการปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพตามมา ซึ่งอาจสรุปกลไกของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ ดังนี้

การสนับสนุนทางสังคมในภาวะปกติ → ลดเหตุการณ์ชีวิตที่ทำให้เกิดภาวะเครียด → การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ  
(Decrease stressful life events) (Health maintenance)

การสนับสนุนทางสังคมในภาวะปกติ → ให้ข้อมูลย้อนกลับหรือยืนยันการกระทำ → การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ

การสนับสนุนทางสังคมในขณะที่เป็นตัวลดความรุนแรง → ทำหน้าที่เป็นตัวลดความรุนแรง → การป้องกันการเจ็บป่วย  
เผชิญเหตุการณ์ที่เป็นภาวะวิกฤต (Buffer function) (illness prevention)

แผนภูมิที่ 1 การสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ (Pender, N. J., 1987)

## การดูแลตนเองด้านสุขภาพ (SELF-CARE PRACTICE)

### แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

การดูแลตนเองด้านสุขภาพ เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมด้านสุขภาพที่บุคคลมีการกระทำเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่มีความตั้งใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติของแต่ละบุคคล ซึ่งมักมีความแตกต่างกันเสมอ

จากแนวคิดการดูแลตนเองของฮิลล์และสมิท (Hill and Smith, 1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การบูรณาการของการทำหน้าที่และความผาสุก ความมีอิสระ การดูแลจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ การรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ

จากการต้องเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบต่อบุคคลในหลายๆ ด้านด้วยกัน ไม่ว่าจะเป็นทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ สังคมหรือแม้แต่

ทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการดูแลในผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งถือว่าเป็นโรคที่มีความเรื้อรัง การให้การดูแลต้องใช้เวลานานหรืออาจตลอดชีวิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ รู้สึกเป็นภาระ ขาดการติดต่อกับบุคคลในสังคม และขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง ทำให้ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (ไพรินทร์ กันทนะ, 2539; Karin, 1999) ดังนั้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจึงมีความจำเป็นและสำคัญมากต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและในส่วนของจิตใจ

### การดูแลตนเองด้านสุขภาพ

โอเร็ม (2001) กล่าวว่า สุขภาพของบุคคลเป็นหน่วยเดียวกัน โดยสุขภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลจะแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพจึงต้องควบคู่ระหว่างสุขภาพทางกายและสุขภาพจิต

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องในภาวะปกติเพื่อประคับประคองจิตใจ และเมื่อตนเองเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจ หรือมีปัญหาด้านจิตใจ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ดังนั้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงมีเป้าหมายเพื่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง กิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลตนเองเพื่อปกป้องร่างกาย ร่วมกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต (Hill and Smith, 1990)

โอเร็ม (Orem, 2001) กล่าวถึง ภาวะสุขภาพว่า เป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ของบุคคล โดยที่ร่างกายและจิตใจมีความสัมพันธ์กัน มีการผสมผสานกัน และแยกจากกันไม่ได้ ดังนั้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องดูแลทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและสุขภาพทางด้านจิตใจควบคู่กันไป เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี

การดูแลตนเองด้านสุขภาพในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของฮิลล์และสมิท (Hill and Smith, 1990) ร่วมกับการนำแนวคิดของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มาใช้วัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยได้เลือกพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองมา 5 พฤติกรรมจาก 7 พฤติกรรม ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มี

ประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเอง โดยทั่วไป ส่วนอีก 2 พฤติกรรมคือในด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยไม่ได้เลือกมาในองค์ประกอบของการดูแลตนเองด้านสุขภาพในการวิจัยครั้งนี้ เนื่องจากเนื่องจากมีความซ้ำซ้อนกับตัวแปรหลักที่ผู้วิจัยได้ศึกษา ซึ่งก็คือการสนับสนุนทางสังคม และการเผชิญความเครียด

องค์ประกอบของการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง
2. การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ
3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ
4. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
5. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

#### 1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง

การรู้จักตนเอง (Self - awareness) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพ การพัฒนาและการดำรงไว้ซึ่งการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดช่วงเวลาของชีวิต การรู้จักตนเองยังทำให้บุคคลทราบถึงความคิดและพฤติกรรมของตนเองที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นและสถานการณ์ต่างๆ และยังทำให้ทราบความต้องการของตนเองอีกด้วย การรู้จักตนเองเกี่ยวข้องกับ การที่บุคคลรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) การรู้จักตนเองเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตลอดเวลาและเป็นสิ่งที่ติดตัวมาตั้งแต่ในวัยเด็ก มีผลทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณลักษณะเป็นอย่างไร มีความคิด ค่านิยม ความเชื่อหรือมีอุดมการณ์อย่างไรเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับปรุงตนเองตลอดเวลา

#### 2. การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการทางสังคมที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เป็นวิธีการถ่ายทอดหรือส่งข่าวสารไปยังอีกฝ่ายหนึ่ง ที่มีทั้งการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารทางลบ ในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม บุคคลจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นเสมอ ซึ่งการติดต่อสื่อสารมีทั้งในแบบที่ใช้วาจา (Verbal Communication) และการสื่อสารแบบไม่ใช้วาจา (Non-verbal Communication) บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดีได้ก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึกที่ถูกต้องและเหมาะสมเป็นการติดต่อสื่อสารทางบวก กระบวนการที่บุคคลกระทำทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถ

ในการรับรู้รับทราบความต้องการของผู้อื่น เป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional analysis) และการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness Training) Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. การประเมินแบบแผนและรูปแบบการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ
2. การพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการให้ และการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง
3. ยอมรับและการกำจัดการแสดงออกของความวิตกกังวล ระหว่างการติดต่อสื่อสาร
4. ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเท่าๆ กัน ทั้งการสื่อสารด้วยคำพูดและการแสดงออก
5. ศึกษาตนเองเกี่ยวกับบทบาทของวัฒนธรรม และคุณค่าของกระบวนการติดต่อสื่อสาร
6. ศึกษาตนเองเกี่ยวกับการทำนายทักษะการติดต่อสื่อสาร ในกลุ่มที่มีความแตกต่าง
7. พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม

### 3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การกำหนดการใช้เวลาและการวางแผนในแต่ละวัน สามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จของการทำงานได้โดยเป็นการวางแผนการทำงานและกำหนดแผนงานล่วงหน้า การวางแผนการใช้เวลาเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสนใจต่อองค์ประกอบของสุขภาพจิต ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำให้สังคมมีความสำคัญมากขึ้น การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพทำได้หลายวิธี ได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

1. การประเมินและการใช้เวลาในแต่ละวัน เพื่อให้บุคคลศึกษาว่าในแต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด นับว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญมากในการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

2. การวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวัน ช่วยให้ผู้คนคำนึงถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพของตน เช่นการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และการร่วมกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ

3. ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ ช่วยให้ผู้คนรับรู้ว่าคุณได้ใช้เวลาในการดูแลตนเองที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาพด้านการพักผ่อนได้มากน้อยเพียงใด

ในการดำรงชีวิตประจำวัน การบริหารการใช้เวลานับว่ามีความสำคัญมาก ซึ่งสามารถส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและสุขภาพทางด้านจิตใจ การบริหารเวลานับเป็นพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่ง

#### 4. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

โดยธรรมชาติ จิตใจมีโครงสร้างเช่นเดียวกับร่างกาย และโครงสร้างที่จำเป็นในอันที่จะช่วยให้สุขภาพจิตดีคือ คุณธรรมต่างๆ คุณธรรมที่มีความจำเป็นที่ขาดไม่ได้ คือความเสียสละ หรือการปล่อยวางที่เกิดจากความเมตตากรุณา และเกิดความเข้าใจในเรื่องชีวิตความเป็นจริง และคุณธรรมที่ว่านี้ก็จะมามีรากฐานที่มั่นคงช่วยให้คุณธรรมอย่างอื่นเกิดขึ้นและเจริญขึ้นด้วย เช่นความซื่อสัตย์ ความยุติธรรม ความกล้าหาญ ความอดทน เป็นต้น ในหลักของสุขภาพจิตคุณธรรมในด้านความเมตตากรุณา ความเสียสละ การปล่อยวาง คุณธรรมทั้ง 3 ข้อนี้มีมากเท่าไรก็ยิ่งทำให้สุขภาพจิตดีเท่านั้น คุณธรรมต่างๆ เหล่านี้เองที่ทำให้คนเรามีความต้านทานต่อการเปลี่ยนแปลง และทำให้คนเรารักษาคุณธรรมไว้ได้เสมอ และถ้าหากจะมีอะไรทำให้เราไม่สบายใจ เราก็จะขจัดมันออกไปได้โดยง่าย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

#### 5. การดูแลตนเองโดยทั่วไป

การดูแลตนเองโดยทั่วไปนั้น เป็นกิจกรรมของบุคคลทุกคนทุกวัย ที่กระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับอากาศ น้ำ อาหาร การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรมและการพักผ่อน การอยู่อย่างสันโดษ การมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม การป้องกันอันตรายที่มีต่อชีวิตและการแสวงหาแนวทางการดำรงชีวิตอย่างผาสุก (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

กิจกรรมการ ดูแลตนเองโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่

5.1 การดูแลตนเองให้ได้รับสารอาหารที่ถูกต้อง และมีคุณค่าตามหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีสารพิษทุกชนิด การรับประทานอาหารควรรับประทานให้พอเหมาะ ถูกสุขลักษณะ การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะจะทำให้ร่างกายหิวโหย อ่อนเพลีย เกิดความเครียดได้

5.2 การออกกำลังกาย ทำให้มีอัตราการไหลเวียนโลหิตเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่ง เรียกว่า เอ็นโดฟิน (endophrine) ซึ่งส่งผลให้ผู้ที่ออกกำลังกายสม่ำเสมอเกิดความปิติสุข และพบว่าสารชนิดนี้ทำให้ร่างกายเกิดความแข็งแรงขึ้นอีกด้วย ทำให้เกิดความเครียดได้ยาก

5.3 การพักผ่อนนอนหลับ การนอนหลับเป็นความจำเป็นของบุคคล ถ้านอนไม่หลับไม่พอจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมองมึนงง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลียได้ ในการนอนหลับพบว่า จิตใจจะผ่อนคลาย เป็นการลดความเครียดได้

5.4 การฝึกทักษะการผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมที่บุคคลพัฒนาขึ้นเพื่อป้องกันภาวะเครียดมากและนานเกินไป เพื่อไม่ให้เกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ในขณะที่บุคคลมีการผ่อนคลายจะสามารถเผชิญกับความกดดันในชีวิตประจำวันได้ จึงช่วยลดอันตรายที่จะเกิดจากการที่

ร่างกายอยู่ในภาวะเครียดยาวนานได้ การผ่อนคลายมีหลายวิธี ได้แก่ การหายใจลึกๆ การกำหนดตัวเอง การทำสมาธิ เป็นต้น

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจควบคู่กันไป เพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดีของบุคคล

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อำภร ประคองจิต (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดและความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพะเยา โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 146 คน ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบแก้ปัญหามากที่สุด รองลงมาคือการเผชิญความเครียดแบบจัดการกับอารมณ์ และมีการใช้แบบบรรเทาตามมา และผลการศึกษายังพบว่า การใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

มณฑนา เจริญกุล (2534) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดพิษณุโลก และมารับบริการที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 100 คน โดยนำคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามการรับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองของผู้สูงอายุเป็นตัววัดภาวะสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการรับรู้ภาวะสุขภาพค่อนข้างดี โดยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และพบว่าระยะเวลาในการศึกษา และรายได้ของครอบครัวของผู้สูงอายุ ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เช่นเดียวกับนิรนาท วิหยโชคกิตติคุณ (2534) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ และมารับบริการตรวจสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่าง 120 คน ผลการศึกษาในส่วนจากรายได้ของครอบครัวพบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีส่วนสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

อัปสร รังสิปการ (2539) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร โดยได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มตัวอย่าง จำนวน 143 คน ผลการ

วิจัยพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล

สุดา วิไลเลิศ (2536) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสมเด็จพระศรีราชฯ จังหวัดชลบุรี จำนวน 170 คน สุ่มตัวอย่างโดยวิธีจับฉลากแบบไม่แทนที่ ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ

นริศรา ลีลามนิตย์ (2534) ได้ศึกษาระดับความรู้และการปฏิบัติกรดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในหมู่บ้านโป่ง ตำบลบ้านกาด กิ่งอำเภอแม่วาง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระดับปานกลาง และพบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพ

สุพรรณิ นันทชัย (2534 อ้างใน สุดา วิไลเลิศ, 2536) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในแขวงเมืองราย เขตเทศบาลนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 100 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับที่ดี และพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และรายได้มีผลต่อภาวะสุขภาพ

เบลลอคและเบรสโลว์ (Belloc & Breslow, 1972 อ้างในสุดา วิไลเลิศ, 2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนด้านสุขภาพและสุขภาพทางด้านร่างกาย ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย กล่าวคือ ผู้ที่มีการปฏิบัติตนทางบวก เช่นการออกกำลังกายเป็นประจำ การป้องกันอุบัติเหตุ การดูแลสุขภาพจิต การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนที่เพียงพอ จะมีภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายที่ดีกว่าผู้ที่ปฏิบัติตนด้านสุขภาพไปในทางลบ

สตีลและแมคบริม (Steele & Mcbroom, 1972) ได้ศึกษาแนวคิดและการปฏิบัติ การในรูปแบบต่าง ๆ ของพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในรัฐมอนทานา ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 3,243 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพ เพศ เชื้อชาติ การศึกษาและรายได้มีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล และภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเป็นส่วนใหญ่

นิโคลัสและลิวนเนอร์ (Nicholus & Leuner, 1999) ซึ่งได้ศึกษาความเข้มแข็งอดทน การดูแลตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ โดยในส่วนของรายได้พบว่า รายได้มีส่วนสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ โดยที่ปัจจัยในส่วนของรายได้จะเป็นตัวสนับสนุนให้บุคคลมีความสนใจ



ในการดูแลตนเองมากขึ้น แสวงหาแหล่งประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งทำให้ส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งต่างจากการศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและปัจจัยพื้นฐานบางประการกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มประชากรจำนวน 100 คน โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ของครอบครัว ไม่มีความสัมพันธ์หรือไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

Carteen (2001) ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ HIV หรือผู้ป่วยเอดส์ในชาวอเมริกัน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วยเพศ อาชีพ ระดับการศึกษา และรายได้ โดยพบว่าปัจจัยในส่วนของรายได้ อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะในด้านรายได้ พบว่า บุคคลที่มีรายได้ที่ดีล้วนมีภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งนี้เนื่องมาจากบุคคลกลุ่มนี้มักให้ความสนใจ ใส่ใจในสุขภาพของตนเอง เมื่อมีปัญหาสุขภาพก็มีความมั่นใจในการมารับบริการทางการแพทย์ ทำให้เกิดผลด้านดีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง

Duck(1998) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม ความเครียดต่อสุขภาพของวัยรุ่นที่เป็นโรคหอบหืด กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 133 คน จากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล โดยที่ระดับความเครียดยิ่งมากเท่าไรก็จะเกิดผลกระทบหรือผลเสียต่อภาวะสุขภาพของบุคคลมากเท่านั้น ซึ่งตรงกันข้ามกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การได้รับการสนับสนุนในด้านต่างๆ จะทำให้บุคคลมีกำลังใจ มีความมั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา มีความพยายามที่จะควบคุมความเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพของบุคคล

Murphy (1984) ได้ศึกษาความเครียดและสุขภาพของผู้ที่ประสบภัยพิบัติทางธรรมชาติ โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 155 คน ระยะเวลาในการศึกษา 11 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ประสบภัยพิบัติมีความเครียดในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ และความเครียดยังส่งผลต่อสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งในทางร่างกาย และจิตใจ

House (2001) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำปัจจัยทางด้านเพศ รายได้ ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความเครียด จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้มีรายได้ทางสังคมสูงจะส่งผลให้มีโอกาสในการแสวงหาประโยชน์ทางด้านสุขภาพทำให้ส่งผลดีต่อสุขภาพ ส่วนในด้านการสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียดพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ โดยการได้รับการสนับสนุนทางด้านต่างๆ ระดับที่สูงจะทำให้ได้รับการตอบสนอง ได้รับการเอื้อประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้

บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดีมากขึ้น ส่งผลดีต่อสุขภาพทางจิตตามมา ส่วนในด้านความเครียดและการเผชิญความเครียด พบว่าการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะเป็นการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ เช่นเดียวกับกับสมฤดี ศิลาพัชรนันท์ (2542) ได้ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ทฤษฎีการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการกับปัญหามากกว่าการจัดการด้วยอารมณ์ โดยเห็นว่าการจัดการที่ปัญหาเป็นการจัดการที่ต้นเหตุ ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นบรรเทาหรือหมดไปมากกว่าการจัดการที่อารมณ์ และการเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคล

Healthier et al. (1997) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิง โดยได้ศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 20 คน พบว่าบุคคลในครอบครัว และกลุ่มเพื่อนเป็นกลุ่มที่ให้การสนับสนุนมากที่สุด โดยยังพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมไม่ว่าจะเป็นจากกลุ่มบุคคลใดก็ตามมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของบุคคล โดยที่หากบุคคลใดได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพที่ดี ในทางตรงข้ามหากบุคคลขาดการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้เกิดความเครียดและส่งผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคลตามมา โดยภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในเกณฑ์ที่ดีเป็นส่วนใหญ่

Lough (1996) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของผู้หญิงสูงอายุในเขตชุมชน โดยได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 47 คน ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผลการวิจัยพบว่า ผู้หญิงสูงอายุรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ดี จำนวน 20 คน สุขภาพพอใช้จำนวน 23 คน สุขภาพไม่ดี จำนวน 4 คน คิดเป็น ร้อยละ 43, 23 และ 4 ตามลำดับ และผลการวิจัยยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

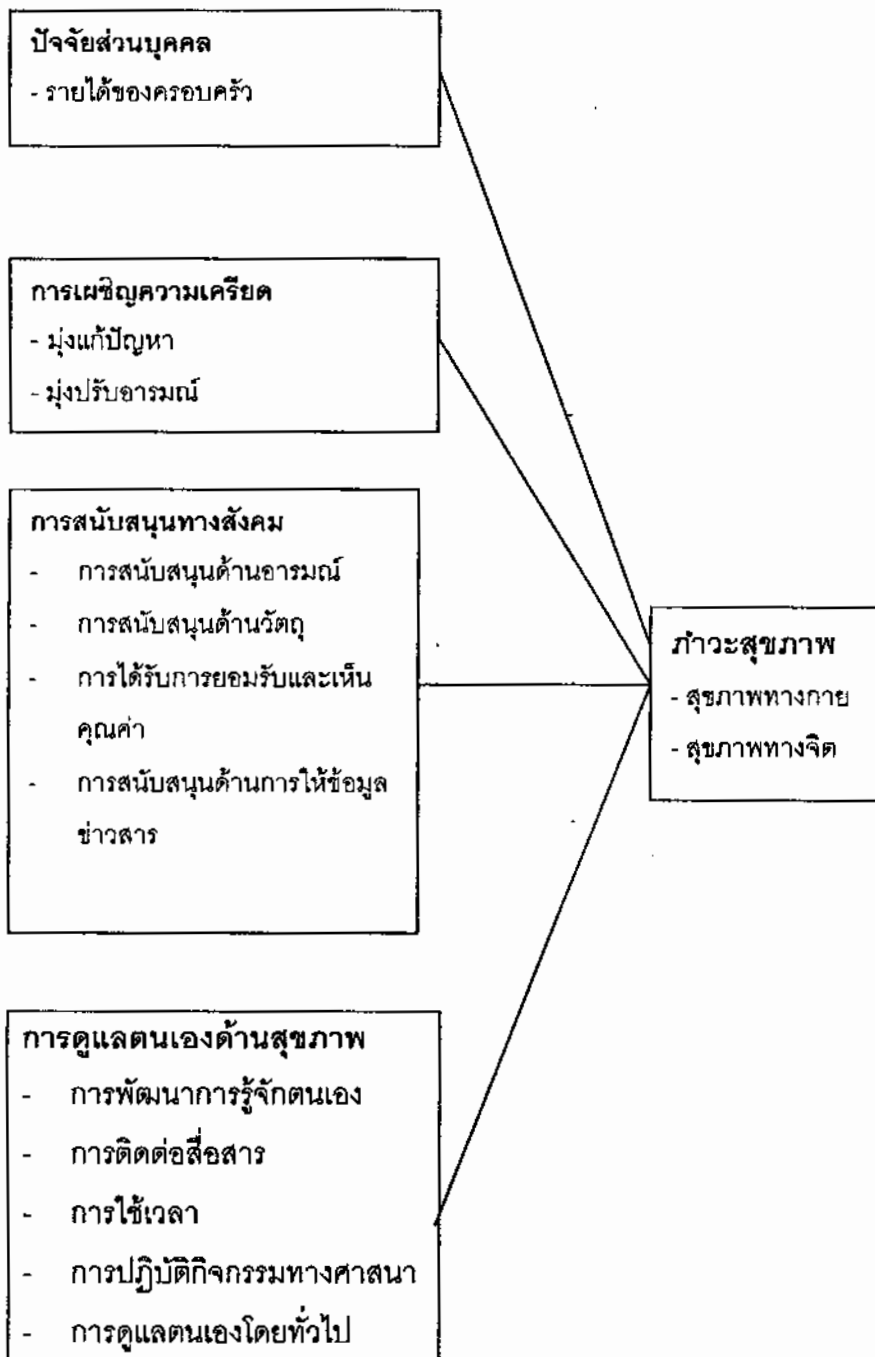
House (2001) ได้ศึกษาปัจจัยทางด้านสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยนำปัจจัยทางด้านเพศ รายได้ ปัจจัยทางด้านจิตสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความเครียด จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยที่ผู้มีรายได้ทางสังคมสูงจะส่งผลให้มีโอกาสในการแสวงหาแหล่งประโยชน์ทางด้านสุขภาพ ทำให้ส่งผลดีต่อสุขภาพ ส่วนในด้านการสนับสนุนทางสังคมและการเผชิญความเครียด พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ โดยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในด้านต่างๆ ระดับที่สูงจะทำให้ได้รับการตอบสนอง ได้รับการเอื้อประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมยังช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญกับปัญหาต่างๆ ได้ดีมากขึ้นส่งผลดีต่อสุขภาพทางจิตตามมา

House et al. (1980) ได้ทำการศึกษาปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ความเครียดจากการประกอบอาชีพกับภาวะสุขภาพทั้งสุขภาพทางด้านร่างกายและสุขภาพทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียด ความวิตกกังวล อาการเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น โดยศึกษาใน

ประชากรวัยทำงาน จำนวน 636 คน ผลจากการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งดูดซับหรือช่วยลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากความเครียดที่อาจส่งผลกระทบต่อบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวเพื่อลดความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคลในด้านรายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง พอสรุปได้ว่า ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับการศึกษาในแต่ละงานวิจัย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาปัจจัยต่างๆ ดังกล่าวข้างต้นต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยมีกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

## กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียดการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต โดยมีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้

#### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่พาผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเวช ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ในการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรที่นำมาศึกษา จำนวน 13 ตัวแปร

#### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ (Sample size) คำนวณจากสูตร  $N=10k+50$  ( $N$ =กลุ่มตัวอย่าง,  $k$ =ตัวแปรทั้งหมด 13 ตัวแปร) (Thorndike, 1978) ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ 180 คน

#### คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เป็นผู้ดูแลหลักที่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน และเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

1. สามารถพูดอ่าน เขียนภาษาไทย สามารถติดต่อสื่อสารเข้าใจได้
2. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยในครั้งนี้
3. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ
4. เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่สุ่มมาแล้ว โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการดังนี้

4.1 แบ่งโรงพยาบาลออกเป็น 4 กลุ่ม ตามภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคใต้ จำนวน 1 แห่ง ภาคกลางจำนวน 4 แห่ง ภาคเหนือจำนวน 1 แห่ง และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 6 แห่ง

3.2 เลือกโรงพยาบาลซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละภาค โดยเลือกโรงพยาบาลที่มีจำนวน 200 เตียงขึ้นไป เนื่องจากเป็นประชากรที่มีขนาดใหญ่ มีความหลากหลายของประชากร ในภาคที่มีจำนวนโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวมากกว่า 1 โรงพยาบาล นำมาจับฉลากเพื่อให้ได้ตัวแทนภาคละ 1 โรงพยาบาล โดยการวิจัยครั้งนี้โรงพยาบาลที่ใช้เป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์

3.3 หาขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละภาค โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่าๆ กัน ดังนั้นแต่ละภาค โดยคิดตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงพยาบาล

3.4 จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลในครอบครัวที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่เป็นตัวแทนในแต่ละภาค ทั้ง 4 แห่ง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่มายื่นบัตรตรวจที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกรายที่มาใช้บริการ ดำเนินการเก็บข้อมูลวันจันทร์ – ศุกร์ เวลา 8.00 – 16.00 น. ระหว่างวันที่ 6 สิงหาคม 2546 ถึง 27 สิงหาคม 2546 โดยเก็บข้อมูลทั้ง 4 โรงพยาบาล จนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนดทั้งสิ้น 180 คน (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละภาค

โรงพยาบาล	จังหวัด	กลุ่มตัวอย่าง
<b>ภาคเหนือ</b>		
1. โรงพยาบาลสวนปรุง	เชียงใหม่	43
<b>ภาคกลาง</b>		
2. โรงพยาบาลศรีธัญญา	นนทบุรี	
3. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	กรุงเทพมหานคร	
4. โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์	นครสวรรค์	
5. สถาบันกัลยาราชนครินทร์	นครปฐม	14
<b>ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ</b>		
6. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา	นครราชสีมา	
7. โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว	สระแก้ว	
8. โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม	นครพนม	
9. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	อุบลราชธานี	45
10. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	ขอนแก่น	
11. โรงพยาบาลจิตเวชเลย	เลย	
<b>ภาคใต้</b>		
12. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	สุราษฎร์ธานี	78
<b>รวม</b>		<b>180</b>

ที่มา: รายงาน สจร 2011 กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2544

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยดัดแปลงและสร้างขึ้นเอง มี 5 ส่วน โดยศึกษาทฤษฎีแนวคิด งานวิจัย บทความ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เกี่ยวกับสถานภาพของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งเป็นข้อมูลโดยทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประชากร ครอบคลุมเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งรายได้ของครอบครัวผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ส่วนที่ 2 แบบวัดการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการเผชิญภาวะเครียด ที่ผู้วิจัยได้ดัดแปลงของ ศิริพร โอภาสวัฒน์ชัย (2531) โดยศึกษาจากแนวคิดของ จาโลวิต (Jalowich, 1983) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามแบ่งวิธีการเผชิญความเครียด โดยมีขั้นตอนการสร้างเครื่องมือดังนี้

1. ศึกษากรอบแนวคิดแบบแผนการเผชิญความเครียดของ Jalowich ซึ่งมีโครงสร้างเนื้อหาเกี่ยวกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียดโดยทั่วไป
2. ศึกษาเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ
3. นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษามาสร้างข้อคำถาม โดยใช้ข้อคำถามจากแบบวัดของ ศิริพร โอภาสวัฒน์ชัย (2531) เป็นหลัก โดยแบบวัดครอบคลุมการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์
4. ออกแบบเครื่องมือเป็นข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ดังนี้
  - การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อ
  - การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ จำนวน 19 ข้อ
 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

<u>ข้อความ</u>	<u>ความหมาย</u>	<u>คะแนนทางบวก</u>	<u>คะแนนทางลบ</u>
เป็นความจริงทั้งหมด	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกทุกครั้ง	4	1
เป็นความจริงบ่อยครั้ง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกส่วนมาก	3	2
เป็นความจริงน้อยครั้ง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกบางครั้ง	2	3
ไม่เป็นจริง	ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกเลย	1	4

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมารวมเป็นรายด้าน โดยคะแนนสูง หมายถึง มีการใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง มีการใช้วิธีเผชิญความเครียดที่ไม่ดี



ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือวัดถึงชนิดและปริมาณของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบครัวได้รับ ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ของณัฐนาฏ ไชยศิริ (2534) ที่สร้างขึ้นเอง โดยศึกษาจากแนวคิดของ House (1983) โดยแบบวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) โดยให้ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทรายงานปริมาณการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ มีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ศึกษาแนวคิด ทฤษฎีของ House (1983) รวมทั้งข้อคำถามของ ณัฐนาฏ ไชยศิริ (2534)

3. นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษามาสร้างข้อคำถาม โดยใช้ข้อคำถามจากแบบวัดของ ณัฐนาฏ ไชยศิริ (2534) เป็นหลัก จากนั้นออกแบบเครื่องมือเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ โดยข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมด้านต่างๆ ดังนี้

การสนับสนุนด้านอารมณ์	จำนวน 5 ข้อ
การสนับสนุนด้านอารมณ์	จำนวน 4 ข้อ
การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า	จำนวน 5 ข้อ
การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร	จำนวน 5 ข้อ

มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

<u>ข้อความ</u>	<u>ความหมาย</u>	<u>คะแนนทางบวก</u>	<u>คะแนนทางลบ</u>
ตลอดเวลา	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือเกิดขึ้นกับท่านตลอดเวลา	5	1
บ่อยครั้ง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือเกิดขึ้นกับท่านบ่อยครั้ง	4	2
บางครั้ง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือเกิดขึ้นกับท่านบางครั้ง	3	3
นานๆ ครั้ง	ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือเกิดขึ้นกับท่านนานๆ ครั้ง	2	4
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมารวมเป็นรายด้าน นำคะแนนมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์ 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มมาหารด้วยจำนวนข้อ แล้วแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุด, 2542)

เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงสุด
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49 หมายถึง	การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ร่วมกับแนวคิดการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith (1990) เครื่องมือเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 34 ข้อดังนี้

การพัฒนาการรู้จักตนเอง	จำนวน	7 ข้อ
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	จำนวน	7 ข้อ
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	จำนวน	7 ข้อ
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	จำนวน	7 ข้อ
การดูแลตนเองโดยทั่วไป	จำนวน	6 ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

<u>ข้อความ</u>	<u>ความหมาย</u>	<u>คะแนนทางบวก</u>	<u>คะแนนทางลบ</u>
ทำประจำ	ทำกิจกรรมเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ทำกิจกรรมบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน	4	2
บางครั้ง	ทำกิจกรรมเป็นบางครั้งเว้นระยะ 1 เดือน	3	3
นานๆ ครั้ง	ทำกิจกรรมนั้นแล้วเว้นระยะไปนานจึงทำอีก	2	4
ไม่เคยทำ	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็มและแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปหามากที่สุด ดังนี้ (ประคอง กรวรรณสุด, 2542)

### เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับดีมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับดี
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับต่ำ
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง	ปฏิบัติในระดับต่ำสุด

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพตนเอง SF-36 (SF-36 Health survey questionnaires) โดยเป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต ครอบคลุม 8 มิติ คือ 1) การทำหน้าที่ทางร่างกาย 2) ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพทางกาย 3) ความเจ็บปวด 4) สุขภาพโดยทั่วไป 5) พลังในร่างกาย 6) การทำตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม 7) ข้อจำกัดในการทำกิจกรรมเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิต และ 8) สุขภาพจิต ข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

<u>ข้อความ</u>	<u>ความหมาย</u>	<u>คะแนนทางบวก</u>	<u>คะแนนทางลบ</u>
มากที่สุด	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5	1
มาก	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านมาก	4	2
ปานกลาง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านปานกลาง	3	3
น้อย	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านน้อย	2	4
น้อยที่สุด	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด	1	5

การคิดคะแนนทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปหา มากที่สุด ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

### เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 4.50-5.00	หมายถึง	ภาวะสุขภาพดีมาก
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.50-4.49	หมายถึง	ภาวะสุขภาพดี
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.50-3.49	หมายถึง	ภาวะสุขภาพปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.50-2.49	หมายถึง	ภาวะสุขภาพไม่ดี
คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00-1.49	หมายถึง	ภาวะสุขภาพไม่ดีที่สุด

### การหาคุณภาพของเครื่องมือ

#### การหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกชุด ที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยถือเกณฑ์ความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตรงกัน ร้อยละ 80 ของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจหาความตรงของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้คำนวณความตรงตามเนื้อหา (CVI) (Hambleton et al., 1975 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อความที่ผู้ทรงคุณวุฒิให้ระดับคะแนน 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อความทั้งหมด}}$$

เมื่อแบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อข้อความ เป็น 4 ระดับคือ

- ระดับ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยาม
- ระดับ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
- ระดับ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมาก จึงจะสอดคล้องกับคำนิยาม
- ระดับ 1 หมายถึง คำถามไม่มีความสอดคล้องกับคำนิยามเมื่อนำมาวิเคราะห์กับความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ

## การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. นำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

2. นำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มาหาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 30 คน ระหว่างวันที่ 21-23 กรกฎาคม 2546

3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

4. ลงคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

5. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha)

5.1 ผลการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือชุดต่างๆ พบเครื่องมือ 3 ส่วนที่มีค่าความเที่ยงต่ำ คือ แบบวัดการเผชิญความเครียด ในด้านการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาและการมุ่งปรับอารมณ์ แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมในด้านการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของและแบบวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ในด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย

5.2 นำแบบวัดมาทำการวิเคราะห์ข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยตัดสินจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามเป็นบวกและข้อคำถามเป็นลบ และตัดข้อคำถามโดยพิจารณาจากค่า Alpha if item deleted ตัดข้อคำถามที่เมื่อตัดออกแล้วแบบวัดมีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น โดยไม่ทำให้โครงสร้างของเครื่องมือเสียไป

ข้อคำถามในเครื่องมือที่ถูกตัดออก มีดังนี้

แบบวัดการเผชิญความเครียด ตัดข้อ 2,9,16,21,22,29,30,40

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ตัดข้อ 10

แบบวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ตัดข้อ 35

ปรับปรุงข้อคำถามร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยปรับปรุงข้อคำถามให้มีความกระชับมากขึ้น โดยวิเคราะห์จากคำจำกัดความของการวิจัย หลังจากนั้นนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงใหม่ ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความเที่ยง		
	ฉบับทดสอบ ครั้งที่ 1	ฉบับทดสอบ ครั้งที่ 2	ฉบับใช้จริง
	N = 30	N = 40	N = 180
แบบวัดการเผชิญความเครียด	.54	.66	.72
แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม	.66	.69	.74
แบบวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพ	.71	-	.72
แบบวัดภาวะสุขภาพ	.86	-	.88

**การรวบรวมข้อมูล**

การวิจัยนี้มีขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ผู้วิจัยติดต่อเลือกผู้ช่วยวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลต่างๆ โรงพยาบาลละ 1 ท่าน โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชหรือผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวชมาแล้ว

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยชี้แจงเกี่ยวกับเรื่องที่ทำวิจัย วัตถุประสงค์การทำวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย การใช้เครื่องมือในการวิจัย และการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อไม่ให้เกิดความผิดพลาดในการรวบรวมข้อมูล

1.3 อธิบายขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเริ่มจากการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์และความยินยอมในการทำวิจัย และให้ผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองใช้เครื่องมือ แล้วทำความเข้าใจร่วมกันอีกครั้งก่อนการเก็บข้อมูลจริง โดยผู้วิจัยติดตามผลการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นระยะทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามผลและตรวจสอบความถูกต้อง สมบูรณ์ของข้อมูล

1.4 เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ของตนได้ชัดเจน

1.5 วางแผนร่วมกับผู้ช่วยวิจัย ในการเก็บข้อมูลในเวลาที่กำหนด

## 2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และสถาบันกัลยาราชนครินทร์เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล

2.2 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบในการทำวิจัยของโรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล คุณสมบัติและจำนวนของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อเตรียมความพร้อมและขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยการแนะนำตนเองชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย อธิบายวิธีการเก็บข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างคิดตามสัดส่วนจำนวนเตียงในแต่ละโรงพยาบาล

2.4 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยย้ำว่าแบบสอบถามจะไม่มีชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการตอบคำถามตามความเป็นจริง ซึ่งคำตอบนั้นจะไม่มีผลใดๆ ต่อการบริการที่จะได้รับ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในวันที่ 5 ถึง 8 สิงหาคม 2546 หลังจากนั้นจึงให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลต่อจนถึงวันที่ 16 สิงหาคม 2546 ส่วนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้วิจัยให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 14 สิงหาคม 2546 ถึงวันที่ 25 สิงหาคม 2546 ส่วนสถาบันกัลยาราชนครินทร์ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในวันที่ 14, 20, 27 สิงหาคม 2546 ซึ่งใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 20-30 นาที

2.5 นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล กำหนดรหัสของข้อมูล คิดคะแนน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ ซึ่งแบบสอบถามได้จากโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 43 ชุด โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 45 ชุด โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 78 ชุด และสถาบันกัลยาราชนครินทร์ จำนวน 14 ชุด ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 180 ชุด คิดเป็น 100 %

### การพิทักษ์สิทธิ

1. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยละเอียด ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งมีการลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2. ผู้วิจัยอธิบายถึงการรักษาความลับด้วยการไม่เปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงผู้เข้าร่วมวิจัย

3. ขณะทำการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการวิจัยได้ทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการสุขภาพจากหน่วยงานบริการ
4. การนำข้อมูลที่ได้รับไปอภิปรายเผยแพร่จะนำเสนอข้อมูลโดยรวมในเชิงวิชาการ เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS/ PC+ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. วิเคราะห์ภาวะสุขภาพโดยการหาค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ วิเคราะห์โดยคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) จำแนกตามรายด้าน และโดยรวม
4. หาความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลในส่วนของรายได้ของครอบครัว วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ และแปรความหมายค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ (ประคอง กรรณสูต, 2542)

ค่าระหว่าง $\pm$ .70 ถึง $\pm$ 1.00	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง
ค่าระหว่าง $\pm$ .30 ถึง $\pm$ .69	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
ค่าต่ำกว่า $\pm$ .29	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง การเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ภาพกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยสถานการณ์ภาพส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว วิเคราะห์สถานการณ์ภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเป็นค่าความถี่ ร้อยละ

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านรายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพ

ในการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางต่างๆ ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยมีการใช้สัญลักษณ์ทางสถิติ ดังนี้

$\bar{X}$	หมายถึง	ค่าเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
p	หมายถึง	ระดับของความมีนัยสำคัญ
%	หมายถึง	ร้อยละ

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มประชากร

จากการเก็บข้อมูลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 180 คน โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้นำเสนอรายละเอียดในรูปแบบของตารางแจกแจงความถี่ และร้อยละดังต่อไปนี้ ตารางที่ 3 จำนวนและค่าร้อยละของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว

	ตัวแปร	จำนวน (n = 180)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	80	44.4
	หญิง	100	55.6
อายุ	20 – 29 ปี	22	12.2
	30 – 39 ปี	44	24.5
	40 – 49 ปี	43	23.9
	50 – 59 ปี	71	39.4
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	100	55.6
	มัธยมศึกษา	42	23.3
	ปริญญา	38	21.1
ระยะเวลาในการดูแล	6 เดือน – 1 ปี	19	10.6
	1.1 ปี – 5 ปี	55	30.6
	5.1 ปี – 10 ปี	26	14.4
	มากกว่า 10 ปี	80	44.4
รายได้ของครอบครัว	เพียงพอ	109	60.6
	ไม่เพียงพอ	61	33.9
	เหลือเก็บ	10	5.5

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.6 ส่วนเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 44.4 ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 50 – 59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.6 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วงมากกว่า 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 44.4 และด้านรายได้ของครอบครัว ส่วนมากมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 60.6

ตอนที่ 2 วิเคราะห์การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับ  
 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง  
 ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการเผชิญความเครียด  
 แบ่งตามรายข้อในแต่ละด้าน

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
<b>การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา</b>		
ท่านแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็นประเด็นย่อยๆ	3.71	.82
ท่านพยายามควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลาม	3.64	.80
ท่านใช้ความพยายามอย่างมากในการจัดการกับความเครียด	3.62	.83
ในการจัดการกับความเครียดการทำอะไรดีกว่าไม่ทำอะไรเลย	3.62	.81
ท่านเริ่มต้นทำสิ่งต่างๆ ในขณะที่เกิดความเครียด	3.55	.98
ท่านขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นเมื่อท่านแก้ปัญหาเองไม่ได้	3.52	.83
ท่านเลือกใช้วิธีที่ดีที่สุดในการจัดการปัญหา	3.50	.91
ท่านหาวิธีหลายๆ วิธีในการจัดการกับความเครียด	3.50	.90
ท่านนำประสบการณ์เดิมมาจัดการกับความเครียด	3.50	.91
การหาข้อมูลเพิ่มเติมทำให้จัดการกับความเครียดได้	3.50	.90
ท่านได้ปรึกษาปัญหาที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกับบุคคลอื่น	3.50	.90
ท่านยอมรับความเป็นจริงที่เกิดได้ในขณะดูแลผู้ป่วย	3.21	1.13
<b>การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์</b>		
เมื่อเกิดความเครียดท่านมักทำหลายสิ่งของ	3.71	.82
ท่านปล่อยให้ตนเองให้เลิกวิตกกังวลเมื่อเครียด	3.64	.90
ท่านต้องการอยู่คนเดียวเมื่อท่านเครียด	3.62	.94
ท่านหลีกเลี่ยงเมื่อเกิดความเครียด	3.61	.80
ท่านรับประทานอาหารมากขึ้นเมื่อท่านเครียด	3.60	.90
ท่านรู้สึกหงุดหงิดกับความเครียดที่เกิดขึ้น	3.60	.91
ท่านฝึกสมาธิเมื่อเกิดความเครียด	3.55	.98
ท่านหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น	3.55	.98
ท่านหาความสบายใจจากบุคคลอื่นเมื่อท่านเครียด	3.55	.98
เมื่อเครียดท่านจะรับประทานยาคลายเครียด	3.55	.93

(ตารางที่ 4 ต่อ)

ข้อความ	$\bar{X}$	S.D.
ท่านรู้สึกวิตกกังวลกับความเครียดที่เกิดขึ้น	3.54	.99
ท่านพยายามไม่ใส่ใจต่อความเครียดที่เกิดขึ้น	3.52	.93
เมื่อเกิดความเครียดท่านกลายเป็นคนพูดรุนแรง	3.52	.83
ท่านเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆ มีจุดจบเสมอ	3.50	.90
ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเมื่อเกิดความเครียด	3.50	.90
ท่านลดความตึงเครียดด้วยการทำงาน	3.50	.84
ท่านเชื่อว่าคนอื่นทำให้เกิดปัญหาขึ้นกับท่าน	3.50	.90
ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เมื่อเครียด	3.50	.91
เมื่อเกิดความเครียดท่านจะมองเป็นเรื่องตลก	3.22	1.02

จากตารางที่ 4 พบว่า การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหาข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็นประเด็นย่อยๆ ( $\bar{X}=3.71$ ) รองลงมาคือ ควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นไม่ให้ลุกลาม ( $\bar{X}=3.64$ ) และพบว่าข้อที่ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การยอมรับความเป็นจริงที่เกิดได้ในขณะดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=3.21$ ) ในส่วนการเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือเมื่อเกิดความเครียดมักทำลายสิ่งของ ( $\bar{X}=3.71$ ) รองลงมาคือท่านปลอบใจตนเองให้เลิกวิตกกังวลเมื่อเครียด ( $\bar{X}=3.64$ ) และพบว่าข้อที่ค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือเมื่อเกิดความเครียดท่านจะมองเป็นเรื่องตลก ( $\bar{X}=3.22$ )

ตารางที่ 5 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการสนับสนุนทางสังคม แบ่งตามรายชื่อในแต่ละด้าน

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.
<b>การสนับสนุนด้านอารมณ์</b>		
มีคนคอยรับฟังความทุกข์ใจของท่านเมื่อท่านไม่สบายใจ	2.95	1.01
ในการดูแลผู้ป่วยท่านได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น	2.88	.97
ท่านมีคนที่รักและเอาใจใส่ท่าน	2.87	.87
ไม่มีใครที่จะคอยรับฟังความทุกข์ใจของท่าน	2.87	.87
มีผู้ห่วงใยเมื่อทราบว่าบุคคลในครอบครัวของท่านป่วย	2.66	1.07
<b>การสนับสนุนด้านวัตถุ</b>		
ท่านได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของจากบุคคลอื่น	2.93	1.04
ท่านได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาสมาชิกที่ป่วย	2.88	.75
ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือโดยไม่หวังผล	2.86	.86
ท่านรู้สึกได้รับการแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย	2.83	.87
<b>การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า</b>		
ท่านได้รับการยกย่องจากคนรอบข้าง	3.05	1.05
ท่านรู้สึกว่าไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น	2.91	1.05
ท่านรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ามากขึ้น	2.88	1.06
ท่านได้รับการยอมรับจากคนในสังคมลดลง	2.87	1.07
ท่านเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย	2.82	1.00
<b>การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร</b>		
ท่านทราบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์	2.85	1.16
ท่านได้รับการเตือนเมื่อผู้ป่วยถึงเวลามาพบแพทย์	2.84	1.10
ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น	2.84	1.10
ท่านไม่ได้รับทราบรายละเอียดเรื่องต่างๆ เมื่อมาพบแพทย์	2.82	1.17
ท่านมีคนที่ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาได้	2.78	1.08

จากตารางที่ 5 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีคนคอยรับฟังความทุกข์ใจ ( $\bar{X}=2.95$ ) รองลงมาคือ ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลอื่น ( $\bar{X}=2.88$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีผู้ห่วงใย ( $\bar{X}=2.66$ ) ในส่วนการสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของจากบุคคลอื่น ( $\bar{X}=2.93$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การได้รับการแบ่งเบาภาระในการดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=2.83$ ) ในส่วนการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับการยกย่องจากคนรอบข้าง ( $\bar{X}=3.05$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ( $\bar{X}=2.82$ ) และในส่วนการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การได้รับทราบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ ( $\bar{X}=2.85$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การมีคนที่ให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาได้ ( $\bar{X}=2.78$ )

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของการดูแลตนเองด้านสุขภาพ แบ่งตามรายข้อในแต่ละด้าน

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.
<b>การพัฒนาการรู้จักตนเอง</b>		
ท่านสำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง	2.96	.97
ท่านสำรวจการกระทำของท่านว่าขัดกับศีลธรรมหรือไม่	2.93	1.00
ท่านคิดถึงความเป็นเหตุเป็นผลของการกระทำต่างๆ	2.85	1.02
ท่านระลึกเสมอว่าอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิต	2.84	1.04
ท่านตั้งใจจะดำเนินชีวิตให้ดีขึ้นในขณะที่ดูแลผู้ป่วย	2.84	1.11
ท่านพิจารณาอุปนิสัยของตนเอง	2.83	1.06
ท่านค้นหาจุดเด่น ข้อบกพร่องของตนเองเพื่อปรับปรุง	2.72	1.07
<b>การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ</b>		
ท่านสนใจกับคำพูด ท่าทางของผู้ที่ท่านพูดด้วย	3.03	.91
ท่านยิ้มรับเมื่อผู้อื่นชมเชยท่าน	2.98	1.00
ท่านอธิบายสิ่งที่ต้องการให้ผู้อื่นฟังจนเข้าใจ	2.93	.96
ท่านรับรู้ความรู้สึกของบุคคลที่ท่านพูดด้วย	2.84	1.00
ท่านบอกความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่น	2.80	1.02
ท่านอธิบายสิ่งที่ต้องการให้ผู้อื่นฟังจนเข้าใจ	2.93	.96
ท่านทำความเข้าใจความรู้สึกของคนที่ท่านพูดด้วย	2.71	1.00
ท่านมีการตรวจสอบความเข้าใจกับผู้ที่ท่านสนทนาด้วย	2.70	.90
<b>การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ</b>		
ท่านมีการวางแผนการทำงานล่วงหน้า	2.91	1.04
ท่านทำกิจกรรมที่ท่านพอใจ	2.85	1.02
ท่านเลี่ยงการพูดคุยเรื่องขบขันเพราะคิดว่าเสียเวลา	2.84	1.10
ในแต่ละวันท่านทำกิจกรรมที่ท่านตั้งใจไว้	2.72	1.07
ท่านชักชวนให้บุคคลอื่นทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์	2.70	1.34
ท่านศึกษาหาความรู้ให้กับตนเอง	2.58	1.12
ท่านมีแผนทำกิจกรรมกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ	2.51	1.02

(ตารางที่ 6 ต่อ)

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.
<b>การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา</b>		
ท่านคิดหาทางช่วยเหลือเมื่อพบผู้เดือดร้อน	2.86	.98
ท่านสวดมนต์ ภาวนาและแผ่เมตตา	2.83	1.25
ท่านแสดงความเห็นใจกับผู้เดือดร้อนและยินดีกับผู้อื่นสำเร็จ	2.81	.98
ท่านบริจาคทรัพย์เพื่อบำรุงศาสนา	2.75	1.21
ท่านพยายามทำความดี ละเว้นความชั่ว	2.73	1.27
ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อมุ่งให้จิตใจสงบ	2.72	1.37
ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส	2.58	1.16
<b>การดูแลตนเองโดยทั่วไป</b>		
ท่านหาเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ	3.22	1.13
เมื่อเครียดท่านผ่อนคลายโดยหายใจเข้าออกลึกๆ ซ้ำๆ	3.21	1.13
ท่านคำนึงถึงความปลอดภัยในการทำกิจกรรม	2.90	.86
ท่านรับประทานอาหารครบทุกมื้อ	2.87	.96
ท่านดื่มน้ำอย่างเพียงพอ	2.76	1.00
ท่านหาเวลาส่วนตัวเพื่อทำกิจกรรมที่สนใจ	2.76	1.00

จากตารางที่ 6 พบว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพ ในด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การสำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง ( $\bar{X}=2.96$ ) ส่วนข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดคือ การค้นหาจุดเด่น ข้อบกพร่องของตนเองเพื่อปรับปรุง ( $\bar{X}=2.72$ ) ในด้านการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การสนทนากับคำพูดท่าทางของผู้ที่ท่านพูดด้วย ( $\bar{X}=3.03$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดคือ การตรวจสอบความเข้าใจกับผู้ที่ท่านสนทนาด้วย ( $\bar{X}=2.70$ ) ส่วนในด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การวางแผนการทำงานล่วงหน้า ( $\bar{X}=2.91$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดคือ การมีแผนทำกิจกรรมกับครอบครัวหรือเพื่อนๆ ( $\bar{X}=2.51$ ) ในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การคิดหาทางช่วยเหลือเมื่อพบผู้เดือดร้อน ( $\bar{X}=2.86$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดคือ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส ( $\bar{X}=2.58$ ) และในด้านการดูแลตนเองโดยทั่วไป พบว่า ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การหาเวลาพักผ่อนอย่างเพียงพอ ( $\bar{X}=3.22$ ) และข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุดคือ การหาเวลาส่วนตัวเพื่อทำกิจกรรมที่สนใจและดื่มน้ำอย่างเพียงพอ ( $\bar{X}=2.76$ )



ตารางที่ 7 คะแนนสูงสุด (Max) คะแนนต่ำสุด (Min) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับ  
 ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

ภาวะสุขภาพ	Max	Min	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ภาวะสุขภาพทางกาย	4.78	3.50	3.90	.87	ดี
ภาวะสุขภาพทางจิต	3.40	1.64	2.95	1.06	ปานกลาง
รวม	4.61	2.11	3.53	.98	ดี

จากตารางที่ 7 พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง  
 โดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=3.53$ ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ภาวะสุขภาพผู้ดูแลในครอบครัว  
 ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังในด้านภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=3.90$ ) และภาวะสุขภาพทาง  
 จิตอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}=2.95$ )

ตารางที่ 8 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับภาวะสุขภาพทางกายจำแนกเป็นรายข้อ

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<b>ภาวะสุขภาพทางกาย</b>			
อาการปวดรบกวนการทำงานของท่าน	4.78	.70	ดีมาก
ท่านเหมือนป่วยง่ายกว่าคนอื่น	4.68	.74	ดีมาก
ท่านมีสุขภาพดี	4.51	.75	ดีมาก
ท่านรู้สึกว่าคุณภาพแย่ลง	4.50	.74	ดีมาก
<b>ภาวะสุขภาพของปัจจุบันมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมนี้หรือไม่</b>			
เดินระยะทางหลายช่วงเสาไฟฟ้า	4.50	.74	ดีมาก
เดินขึ้นบันได 1 ชั้น	4.00	.86	ดี
กิจกรรมที่ออกแรงปานกลาง เช่น ย้ายโต๊ะ	3.72	.83	ดี
เดินทางประมาณ 30 เมตร	3.67	.88	ดี
เดินขึ้นบันไดหลายๆ ชั้น	3.65	.76	ดี
อาบน้ำและแต่งตัว	3.65	.76	ดี
ท่านมีอาการปวดตามร่างกาย	3.65	.77	ดีมาก
เดินระยะทาง 1 กิโลเมตร	3.62	.90	ดี
กิจกรรมที่ออกแรงน้อย เช่น ยกของเล็กๆ น้อยๆ	3.58	.85	ดี
เปรียบเทียบ 1 ปีที่ผ่านมา ปัจจุบันสุขภาพของท่าน	3.55	.98	ดี
สุขภาพของท่านทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานลง	3.64	.90	ดี
ที่ผ่านมา 1 เดือนสุขภาพของท่านเป็นอย่างไร	3.62	.90	ดี
ก้มตัวหรือคุกเข่า	3.52	.83	ดี
กิจกรรมที่ออกแรงมากๆ เช่นยกของหนักๆ	3.50	.90	ดี
สุขภาพของท่านทำให้ทำงานบางอย่างไม่ได้อย่างที่เคย	3.71	.82	ดี
สุขภาพท่านดีเยี่ยม	3.68	.88	ดีมาก
สุขภาพของท่านทำให้ทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจ	3.67	.84	ดี

จากตารางที่ 8 พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังด้านภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ภาวะสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดี 14 รายการ และ 8 รายการ อยู่ในระดับดีมาก

ตารางที่ 9 ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ ) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับภาวะสุขภาพทางจิตจำแนกเป็นรายข้อ

ข้อคำถาม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
<b>ภาวะสุขภาพจิต</b>			
ปัญหาทางอารมณ์ทำให้ต้องลดเวลาในการทำกิจกรรมลง	3.48	.85	ปานกลาง
ปัญหาทางอารมณ์ทำให้ทำงานหรือกิจกรรมน้อยกว่าที่ตั้งใจ	3.33	1.11	ปานกลาง
ปัญหาทางอารมณ์ทำให้ขาดความรอบคอบในการทำงาน	3.15	1.12	ปานกลาง
ปัญหาสุขภาพรบกวนการเข้าสังคมของท่าน	3.10	1.23	ปานกลาง
ในช่วง 1 เดือนท่านรู้สึกเหนื่อยล้า	3.04	1.17	ปานกลาง
ในช่วง 1 เดือนท่านรู้สึกจิตใจสงบ	3.00	1.24	ปานกลาง
ในช่วง 1 เดือนท่านรู้สึกเครียด	2.95	1.06	ปานกลาง
ในช่วง 1 เดือนท่านรู้สึกมีชีวิตชีวา	2.94	1.14	ปานกลาง
ในช่วง 1 เดือนท่านรู้สึกความอดทนต่อสิ่งต่างๆ ลดลง	2.87	1.12	ปานกลาง
ในช่วง 1 เดือนท่านรู้สึกมีความสุข	2.87	1.12	ปานกลาง
ในช่วง 1 เดือนท่านรู้สึกใจเป็นสุข	2.78	1.23	ปานกลาง
ในช่วง 1 เดือนท่านรู้สึกมีกำลังทำกิจกรรมมาก	2.75	1.19	ปานกลาง
ในช่วง 1 เดือนท่านรู้สึกไม่หดหู เศร้าใจ	1.64	1.21	ไม่ดี

จากตารางที่ 9 พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ด้านภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า ภาวะสุขภาพทางจิตอยู่ในระดับปานกลาง 12 รายการ และ 1 รายการ อยู่ในระดับไม่ดี

ตารางที่ 10 จำนวนและค่าร้อยละภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง  
จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และรายได้ของครอบครัว

ปัจจัย	ภาวะสุขภาพ					
	ดี		ปานกลาง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	76	95	4	5	80	44.4
หญิง	88	88	12	12	100	55.6
<b>รวม</b>	<b>164</b>	<b>91.1</b>	<b>16</b>	<b>8.9</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b>อายุ</b>						
20-29 ปี	18	81.8	4	18.2	22	12.2
30-39 ปี	40	90.9	4	9.1	44	24.4
40-49 ปี	42	97.6	1	2.4	43	23.9
50-59 ปี	66	92.9	5	7.1	71	39.5
<b>รวม</b>	<b>166</b>	<b>92.2</b>	<b>14</b>	<b>7.8</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ประถมศึกษา	84	84.0	16	16.0	100	55.6
มัธยมศึกษา	40	95.2	2	4.8	42	23.3
ปริญญาตรีขึ้นไป	36	94.7	2	5.3	38	21.1
<b>รวม</b>	<b>160</b>	<b>88.9</b>	<b>20</b>	<b>11.1</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>
<b>ระยะเวลาในการดูแล</b>						
6 เดือน-1 ปี	15	78.9	4	21.1	19	10.6
1.1 ปี-5 ปี	54	98.2	1	1.8	55	30.6
5.1 ปี-10 ปี	26	100.0	-	-	26	14.4
มากกว่า 10 ปีขึ้นไป	66	82.5	14	17.5	80	44.4
<b>รวม</b>	<b>161</b>	<b>89.4</b>	<b>19</b>	<b>10.6</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะสุขภาพ					
	ดี		ปานกลาง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ของครอบครัว</b>						
รายได้พอใช้	100	91.7	9	8.3	109	60.6
รายได้ไม่พอใช้	58	95.1	3	4.9	61	33.9
รายได้เหลือเก็บ	7	70.0	3	30.0	10	5.5
<b>รวม</b>	<b>165</b>	<b>91.7</b>	<b>15</b>	<b>8.3</b>	<b>180</b>	<b>100.0</b>

จากตารางที่ 10 พบว่า เพศชายมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 95 และเพศหญิงมีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 88 ในด้านอายุ พบว่าช่วงอายุ 40 – 49 ปี มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 97.6 ส่วนช่วงอายุระหว่าง 20 – 29 ปี มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีต่ำสุด คิดเป็นร้อยละ 81.8 ในด้านระดับการศึกษา พบว่า ช่วงมัธยมศึกษามีภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดีสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 95.2 ส่วนปัจจัยในด้านระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่า ช่วง 5.1 ปี – 10 ปี มีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีต่ำสุด คือช่วงเวลาคูแล 6 เดือน – 1 ปี และในด้านรายได้ของครอบครัว พบว่า รายได้ไม่เพียงพอมีภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 95.1

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านรายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางด้านรายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังโดยรวม โดยใช้สถิติทดสอบความสัมพันธ์ไคสแควร์ นำเสนอเป็นตารางแจกแจงความถี่และร้อยละจำแนกตามระดับภาวะสุขภาพ และแสดงค่าไคสแควร์ ระดับความมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ดังนี้

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ด้านรายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพ

ปัจจัย	ภาวะสุขภาพ			p-value
	กาย	จิต	รวม	
รายได้ของครอบครัว	.14	.28	.22	.154
รายได้เพียงพอ	.19	.29	.16	.064
รายได้ไม่เพียงพอ	.20	.30	.19	.146
รายได้เหลือเก็บ	.18	.29	.14	.063

จากตารางที่ 11 พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 12 ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

	ภาวะสุขภาพ				
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)				
	กาย	จิต	โดยรวม	p-value	ระดับ
การเผชิญความเครียด	.12	.19	.19	.074	
แบบมุ่งแก้ปัญหา	.26	.04	.25	.112	
แบบมุ่งจัดการกับอารมณ์	.20	.20	.21	.066	
การสนับสนุนทางสังคม	.53*	.36*	.52*	.009	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านอารมณ์	.25*	.26*	.28*	.038	ปานกลาง
การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ	.30*	.29*	.29*	.044	ปานกลาง
การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า	.16	.26	.14	.063	
การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.36*	.30*	.32*	.027	ปานกลาง
การดูแลตนเองด้านสุขภาพ	.66*	.52*	.62*	.046	ปานกลาง
การพัฒนาการรู้จักตนเอง	.43*	.30*	.29*	.038	ปานกลาง
การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	.53*	.36*	.52*	.049	ปานกลาง
การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ	.15	.09	.16	.124	
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	.31*	.14*	.29*	.044	ปานกลาง
การดูแลตนเองด้านร่างกาย	.19*	.21*	.20*	.038	ต่ำ

\*p < .05

จากตารางที่ 12 พบว่า การเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในระดับปานกลาง ( $r = .52$ ) เมื่อพิจารณาการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านวัตถุสิ่งของ และด้านข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ( $r = .28, .29, .32$ ) ตามลำดับ กับภาวะสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะ

สุขภาพ และการดูแลตนเองด้านสุขภาพ พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพโดยรวม ( $r = .62$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การพัฒนาการรู้จักตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญในระดับปานกลางกับภาวะสุขภาพโดยรวม ( $r = .29$ ) ส่วนการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญในระดับต่ำกับภาวะสุขภาพโดยรวม ( $r = .18, .20$ ) ตามลำดับ และในส่วนของการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทั้งรายด้านและโดยรวม



**สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ**

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 180 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Sampling) **สมมติฐานในการวิจัย**

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง **เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดและแบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงและสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดการเผชิญความเครียด เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของ ศิริพร โอภาสวัฒน์ชัย (2534) โดยศึกษาตามแนวคิดของ จาโลวิช (Jalowich, 1983) ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิลักษณ์กับพฤติกรรมการเผชิญภาวะเครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล แบบสอบถามครอบคลุมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ มีจำนวนข้อคำถาม 32 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ ณัฐนาฏ ไชยศิริ (2534) โดยศึกษาตามแนวคิดของ House (1981) ข้อคำถามครอบคลุมการสนับสนุนทางสังคมในด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ร่วมกับแนวคิดการดูแล

ตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith (1990) ข้อคำถามครอบคลุมการดูแลตนเองด้านสุขภาพ ในส่วนของการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองทางด้านร่างกาย เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 34 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยทั่วไป SF - 36 ซึ่งประเมินภาวะสุขภาพ 2 ด้าน คือ สุขภาพทางกาย และสุขภาพทาง เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุง แก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbrach 's Alpha Coeficiency)

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำความเข้าใจและตกลงเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช ใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 3 สัปดาห์ ตั้งแต่วันที่ 5 สิงหาคม ถึงวันที่ 27 สิงหาคม 2546 ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ 180 ชุด

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Window Version 10 (Statistical Package for the Social Science) ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ เพื่อหาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - Square test)

## สรุปผลการวิจัย

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นข้อมูลโดยทั่วไปด้านปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 55.6 ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 50 – 59 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.4 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.6 จำนวนระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 10 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.4 และในส่วนรายได้ของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 60.6

2. การเผชิญความเครียด พบว่า ค่าเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดทั้ง 2 ด้าน ซึ่งได้แก่ การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการเผชิญความเครียดมุ่งจัดการกับอารมณ์ อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.53, 3.54$ ) ตามลำดับ

3. การสนับสนุนทางสังคม พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.90$ ) รองลงมาคือการได้รับการสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของการสนับสนุนด้านอารมณ์ อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.87, 2.84$ ) ตามลำดับ และการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.82$ )

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.85$ )

4. การดูแลตนเองด้านสุขภาพ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.82$ ) และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือ การดูแลตนเองโดยทั่วไป ( $\bar{X} = 2.95$ ) การพัฒนาการรู้จักตนเอง ( $\bar{X} = 2.85$ ) การติดต่อสื่อสาร ( $\bar{X} = 2.85$ ) และการใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ( $X = 3.78$ ) มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด

5. ภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.53$ ) ส่วนภาวะสุขภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.90$ ) และภาวะสุขภาพทางจิต อยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.95$ )

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญ โดยอยู่ในระดับปานกลาง

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล คือรายได้ของครอบครัว การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ที่พาดูแลผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต สามารถนำผลการวิจัยมาอภิปรายประเด็นสำคัญดังนี้

### 1. ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ผลการศึกษาภาวะสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.53$ ) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพที่ดีภาวะจากการที่มีสุขภาพสมบูรณ์ของร่างกาย มีศักยภาพในการประกอบกิจกรรมต่างๆ การทำหน้าที่เหมาะสมกับระยะพัฒนาการของบุคคล การที่ผู้ดูแลประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองอยู่ในเกณฑ์ที่ดีนั้น อาจเนื่องมาจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นกลุ่มตัวอย่างยังอยู่ในวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 – 59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตเต็มที่ มีวุฒิภาวะสมบูรณ์ (วรรณฯ สุขสบาย, 2540) เป็นวัยที่มีความกระฉับกระเฉง คล่องแคล่ว ซึ่งจากคำจำความของภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพเป็นภาวะที่บุคคลมีความสมบูรณ์แข็งแรงทั้งในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย เพื่อให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ (Orem, 1991) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจึงประเมินภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ดี และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นบิดามารดา พี่ น้อง ซึ่งเป็นความสัมพันธ์อันใกล้ชิด ผู้ดูแลส่วนใหญ่จึงมีความกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตต่อไป เมื่อผู้ดูแลต้องเสียชีวิตไปก่อน ส่งผลให้ผู้ดูแลให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง หลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมที่จะส่งผลเสียต่อสุขภาพของตนเอง

และเมื่อพิจารณาสุขภาพเป็นรายด้าน พบว่าภาวะสุขภาพทางจิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 2.95$ ) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าภาวะสุขภาพทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2544) ในการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของมารดาที่ดูแลบุตรวัยผู้ใหญ่ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่กับผู้ป่วยโดยลำพังที่บ้าน มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพล ไชยเสนา และคณะ (2540) ในการศึกษาสถานการณ์ของครอบครัวกับแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว จากการศึกษา พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช ส่งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวชของครอบครัว โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านจิตใจที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล คิดเป็นร้อยละ 66.67 ซึ่งมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต จากการศึกษาอภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทางด้านจิตใจมากกว่าทางด้านร่างกาย ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเกิดในรูปของความทุกข์ใจ ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว จากการที่ต้องให้

การดูแลผู้ป่วย และพฤติกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยกระทำในด้านต่างๆ ได้แก่ พฤติกรรมการแยกตัวออกจากสังคม การขาดการติดต่อกับสังคม ซึ่งอาจแสดงออกในรูปความเฉื่อยชา ไม่เคลื่อนไหว ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือแม้กระทั่งพฤติกรรมที่รุนแรง จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัญหาด้านสุขภาพจิต มีค่าเฉลี่ยต่ำกว่าสุขภาพทางด้านร่างกาย

## 2. การเผชิญความเครียดกับภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการเผชิญความเครียดไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Folkman (2002) ซึ่งพบว่า ความเครียดและการเผชิญความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเกิดปัญหาต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพทางด้านจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2537) ที่พบว่า การที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับความเครียดที่เกิดขึ้นกับชีวิตของตนเอง จากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และภาวะสุขภาพทางจิตของญาติผู้ดูแล ซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้ภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและทางด้านจิตใจด้อยตามลำดับ และจากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีการเผชิญความเครียดอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องมาจาก การที่ต้องเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลามากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 39.4) ซึ่งการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย พบว่า ส่งผลให้เกิดภาวะเครียดต่อผู้ดูแล แต่จากการที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลาอันยาวนานมากกว่า 6 เดือน ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการใช้ทักษะ มีการปรับตัวต่อบทบาทในการเป็นผู้ดูแล มีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม มีการยอมรับในอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมากขึ้น และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่าส่วนใหญ่ไม่ใส่ใจกับความเครียดที่เกิดขึ้น และมีการปรับตัวได้มากขึ้นจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการยอมรับกับอาการการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น จึงทำให้ผู้ดูแลมองว่า การเผชิญความเครียดไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

## 3. การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพ

จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮัปสร รั้งสิปภากร (2539) ที่ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง กรุงเทพมหานคร ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับกับการศึกษาของ House et al., 1980) ที่พบว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของบุคคล จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ช่วยในการป้องกันและดูดซับความเครียดให้ลดลงได้ การศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนแนวคิดที่ว่า บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ และสามารถอธิบายได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของบุคคลได้ โดยการสนับสนุนทางสังคมเป็นเสมือนแรงกระตุ้นที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยรับรู้ว่ามีคนที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ ยกย่อง และรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่าตนเองเป็นที่ยอมรับของบุคคลในสังคม อันจะนำมาซึ่งความสุขของชีวิต เกิดพลังใจและแรงจูงใจในการเผชิญกับปัญหาและต่อสู้กับอุปสรรคต่างๆ ลดความตึงเครียดในชีวิตลงได้ ซึ่งการที่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยทำให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวต่อปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะนำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดีต่อไป (Cohen & Will, 1985)

#### 4. การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่าการดูแลตนเองด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Belloc & Breslow (1972, cited in สุดา วิไลเลิศ, 2534) พบว่า การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพทางด้านร่างกาย กล่าวคือ ผู้ที่ปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพไปในทางบวกจะมีภาวะสุขภาพทางด้านร่างกายดีกว่าผู้ที่มีการดูแลสุขภาพไปในทางลบ การดูแลตนเองด้านสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล ดังนั้น พฤติกรรมหรือการดูแลตนเองด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของบุคคล (ศิริภรณ์ อุบลชลเขตต์, 2532) จากการศึกษาแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าว อภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยของการดูแลตนเองด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง ( $\bar{X} = 2.50$ ) โดยที่การดูแลตนเองด้านสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง เพื่อการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ซึ่งผลจากการดูแลตนเองด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ ทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี

การที่ผู้ดูแลให้ความสนใจ และใส่ใจในการดูแลสุขภาพของตนเองนั้น เนื่องมาจากการศึกษาของผู้ดูแลมีความห่วงใยเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัว และโดยส่วนใหญ่มักมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดทางสายโลหิต ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยให้ความสนใจในสุขภาพของตนเอง จากการศึกษาแนวคิดและผลการวิจัยดังกล่าว จึงสรุปได้ว่าการดูแลตนเองด้านร่างกายจึงมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วย ดังนั้น การดูแล

แลตนเองด้านสุขภาพสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท

## 5. รายได้ของครอบครัวกับภาวะสุขภาพ

ผลการศึกษานี้ พบว่ารายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อนำข้อมูลมาทำการวิเคราะห์เพิ่มเติม โดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพตัวแปรรายได้ของครอบครัว พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในการวิจัยในครั้งนี้ และผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรนาท วิทย์โชคกิตติคุณ (2534) ที่พบว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ ซึ่งอธิบายได้ว่า การที่บุคคลมีสุขภาพที่ดีนั้น หมายถึง การที่มีโครงสร้างที่สมบูรณ์ สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของตน ดังนั้น แม้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยร้อยละ 33.9 จะประเมินว่ารายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอตามความต้องการ แต่จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลได้รับการช่วยเหลือ สนับสนุนในด้านต่างๆ จากบุคคลต่างๆ ในสังคม และโดยเฉพาะสังคมไทย โดยทั่วไปเป็นสังคมแห่งพุทธศาสนา มีความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ยังมีอยู่ในสังคม ส่งผลให้ระบบการช่วยเหลือเกื้อกูลในยามขัดสนยังมีอยู่มาก ประกอบกับปัจจุบันรัฐบาลยังช่วยเหลือสำหรับผู้มีรายได้น้อย โดยมีบัตรประกันสุขภาพ หรือบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยในการรักษาพยาบาล ทำให้ผู้ที่มีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอมีภาวะสุขภาพไม่แตกต่างกัน

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

### ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ควรเพิ่มเติมการให้บริการ ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเวช ทั้งในส่วนของ การให้ข้อมูลในด้านต่างๆ เช่น ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย การให้บริการ คำแนะนำทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ดูแลได้มีแหล่งประโยชน์ทางสังคมในการให้การดูแลผู้ป่วยและตนเองต่อไป
2. ในส่วนของการจัดการศึกษา ควรเพิ่มเติมเนื้อหาวิชา เพื่อให้ครอบครัวคลุมบทบาท ปัญหา และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการเป็นผู้ดูแล เพื่อให้นักศึกษาได้ตระหนักรู้ และเป็นการเพิ่มศักยภาพและความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วย และผู้ดูแลต่อไป
3. การจัดบริการสุขภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเวช โดยการส่งเสริมให้มีการจัดแหล่งบริการสุขภาพในผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล รวมทั้งการส่งเสริมการดูแลสุขภาพในส่วน of ชุมชน โดยมุ่งเน้นการให้การดูแลสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน

โรค การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพอย่างทั่วถึง และเป็นการป้องกันปัญหาทางด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบถึงการเผชิญความเครียดในระยะเวลาที่แตกต่างกัน ทั้งในระยะเฉียบพลัน และเรื้อรังที่มีต่อสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพหรือศึกษาเปรียบเทียบภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวในกลุ่มที่แตกต่างกัน
3. ควรมีการศึกษาถึงการจัดโปรแกรมเพื่อพัฒนาและส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รวมทั้งการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยต่อไป



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). โรคจิตเภท. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จันทรา จิตติวิบูลย์. (2543). การรับรู้สุขภาพและการดูแลตนเองตามทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเม็ดเลือดขาว. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จารุวรรณ จินตามงคล. (2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพมหานคร.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. เอกสารประกอบการอบรมเรื่อง การดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน: 58-98. (29-30 กรกฎาคม). โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2531). การช่วยเหลือญาติผู้ป่วยจิตเภท. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย (กรกฎาคม - กันยายน) : 99 - 105.
- ณัฐนาฏ ไชยศิริ. (2534). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุโรคข้อเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดรุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดาริกา ธารบัวสวรรค์. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยธาลัสซีเมียวัยผู้ใหญ่ตอนต้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นิรนาท วิทยโชคกิติคุณ. (2532). ความสามารถในการดูแลตนเอง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2544). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปัทมา ทัพเสรีไผท. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนตัว การสนับสนุนทางสังคมกับการเผชิญภาวะเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีดีนัย แก้วมณีรัตน์. (2534). การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ประคอง กรรณสุด. (2541). สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: สันสุทธาการพิมพ์.
- ประคอง กรรณสุด. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์ จำกัด.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่า และแบบสอบถาม. (ม.ป.ท.)
- ประเวศ วะสีและคณะ. (2536). คุณภาพแห่งชีวิตและการบำบัดรักษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ โกลคิมทอง.
- ประเวศ วะสี. (2543). สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: พิมพ์ดี.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. (2539). วิจัยทางการพยาบาล: หลักการและกระบวนการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: เทพการพิมพ์.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2534). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- มณฑนา เจริญกุล. (2534). แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและ  
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). ภาวะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการ  
วิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 1: 19-26.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2537). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน:แนวคิดและปัญหาการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาล  
สาร 1: 84-94.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารการพยาบาล  
ศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 4:9-19.
- วรกช นิธิกุล. (2535). ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่  
ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรรณฯ สุขสบาย. (2540). พัฒนาการของชีวิต. การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. โรงพยาบาล  
รามาธิบดี
- ศิริณา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์  
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริพร โอภาสวัฒน์ชัย. (2531). ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังกับพฤติกรรมเผชิญภาวะ  
เครียดของพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
ครุศาสตร์มหาบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. (2542). ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริม  
สุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศรีรัตนา ศุภพิทยานุกุล. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ความ  
ทนทาน พฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตกับระดับความเครียดของพยาบาล  
วิชาชีพ ในโรงพยาบาลของรัฐ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตร  
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

- สุดา วิไลเลิศ. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถิตย์ วงศ์สุรประภิต. (2542). ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพล ไชยเสนา และคณะ. (2540). สถานการณ์ครอบครัวกับแนวโน้มการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของครอบครัว.นนทบุรี.
- สุรีย์ กาญจนวงศ์ และจรรยาวัตร คมพัยค์ม์. (2545). ความเครียดสุขภาพและความเจ็บป่วย. พิมพ์ครั้งแรก. นครปฐม: คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สิริสุดา ชาวคำเขต. (2541). การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับความเครียดของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล ผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โสภา มุสิโก. (2544). การลดความเครียดโดยวิธีการให้คำปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในญาติผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนาสถาบันราชภัฏ สุราษฎร์ธานี.
- เสาวภา วิชิตวาทย์. (2534). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อัปสร รังสิปการ. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารีย์ ฟองเพชร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด คลินิกโรคหัวใจ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อำกร ประคองจิต. (2536). *วิธีการเผชิญความเครียดและความคิดเห็นต่อภาวะสุขภาพของ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลพะเยา.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.*

### ภาษาอังกฤษ

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. 4<sup>th</sup> ed. Printice Hall.
- Aneshensel, C. S. (1992). Social stress: Therapy and research. *Annual Review of Sociology* 18: 15-38.
- Boddy, J. (1985). *Health: Perspectives and practices*. Palmerston Norton: Dumore Press.
- Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. *Western Journal of Nursing Research* 12: 758 – 776.
- Carleen et al. (2001). Factors affecting health status in african americans living with HIV/AIDS. *AIDS Patient Care and STDs* 15(6): 331-338.
- Cohen, S., & Hoberman, H. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*: 99-125.
- Cohen, S., & Williamson, G. M. (1991). Stress, social support and fectious disease in humans. *Psychological Bullet* 98: 5-24.
- David W. et al., (1992). *Measurement of need and outcome for primary health care*. Oxford:Bookcraft, \*
- Duck et al. (1998). Relationship of social support to stress response and function in healthy and asthmatic adolescents. *Reseach in Nursing & Health* 21(1):117-128.
- Eakes, G. (1995).Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing* 9: 77 – 84.

- Fredman L. (1998). Caregiver issue. *Journal of Health and Social Behavior*. 14(1): 20-27.
- Gast, H.L. et al., (1989). Self-care agency : Conceptualizations and operationalization. *Advance Nursing Sciences* 1: 26 – 37.
- George, L.K. & Gwyther, L.P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregiver of demented adults. *The Gerontologist* 26: 253-259.
- Heather, F. et al. (1997). Social networks of women caregivers. *Public Health Nursing* 14(1): 20-27.
- Hill & Smith, N. (1990). *Self-care nursing : Promotion of health*. 2<sup>nd</sup> ed. New Jersey: Appleton & Lange.
- Hobbs, T.R. (1997). Depression in the caregiving mothers of adult schizophrenics: A test of resource deterioration model. *Community Mental Health Journal* 33: 387 – 398.
- House, J. S. et al.,(1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of Health and Social Behavior* 21:202-218.
- House, J. S. et al.,(1986). Occupational stress, and health among men and women in the tecumseh community health study. *Journal of Health and Social Behavior* 27: 62-77.
- House, J. S. et al.,(1994). The Social stratification of aging and health. *Journal of Health and Social Behavior* 35(2): 213-234.
- House, J. S. (2001). Understanding social factors and inequalities in health: 20<sup>th</sup> Century Progress and 21st Century Prospects. *Journal of Health and Social Behavior*. 43: 125 -142.
- Kaplan et al. (1993). *Social support : Health and Human Behavior*. Singapore.
- Larzarus, S. and Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York : Springer,
- Lough, M. A. (1996). Health and social support among older in congregate housing. *Public Health Nursing* 13(1): 434-441.

- Michae, N. (1996). **Using case management predicts health outcomes**. New Jersey  
Appleton & Lange.
- Orem, D. E. (1985). **Nursing concept of practice**. 2<sup>nd</sup> ed. McGraw-Hill.
- Orem, D. E. (1991). **Nursing concept of practice**. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis : Mosby.
- Orem, D. E. (2001). **Nursing concepts of practice**. Sixth edition. St. Louis, Missouri: A  
Harcourt Health Sciences.
- Pender, N. J. (1987). **Health promotion in nursing practice** 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk: Appleton &  
Lange.
- Pender, J. N. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. Oxford: Bookcraft.
- Richardean et al. (1999). Use of the SF-36 to identify community dwelling rural elderly at  
risk for hospitalization. **Public Health Nursing** 16(1):223-227.
- Robert M. Kaplan. et al. **Health and human behavior**. New York : Springer.
- Rose, L. E. (1996). Families of psychiatric patients:A critical review and future research  
direction. **Achieves of Psychiatric Nursing** x: 67 – 76.
- Rungreangkulkit. S. (2001). Psychological morbidity of mother of an adult child with  
schizophrenia. **Thai Journal Nurse Reseach**. 5:232-243.
- Thorndike, R. M. (1978). **Correlational procedures for research**. New York : Gardner.
- Tilden, V. P. (1985). Issue of conceptualization and measurement of social support in the  
construction of nursing theory. **Research in Nursing and Health**, 199-206.
- Willis, L. G. (1997). Impact of psychosocial factors on health outcome in the elderly  
[online]. Available from :[www.google.com](http://www.google.com) [2002, Nov 30]

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- 1.ร.ศ.ดร.ภัทรอำไพ พัฒนานนท์ อาจารย์ประจำวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์  
โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
- 2.ศ.ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะ  
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- 3.นางเอื้ออารีย์ สาลิกา พยาบาลวิชาชีพ 7สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา  
กรมสุขภาพจิต
- 4.นางเพชรี คันธสายบัว พยาบาลวิชาชีพ 7สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา  
กรมสุขภาพจิต
- 5.นางนพรัตน์ ไชยธานี พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัด  
สุราษฎร์ธานี

ภาคผนวก ข

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

## ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

### ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** โปรดตอบคำถามลงในช่องว่างหรือใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ( ) หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านหรือเติมข้อความลงในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านเอง

1. เพศ            ( ) ชาย            ( ) หญิง
2. อายุ .....ปี
3. ระดับการศึกษา.....
4. อาชีพ.....
5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
6. ระยะเวลาในการดูแล.....
7. รายได้ของครอบครัว (ตามการรับรู้ของท่าน)
 

( ) รายได้เพียงพอ	หมายถึง	รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการครองชีพ
( ) รายได้ไม่เพียงพอ	หมายถึง	รายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการครองชีพ
( ) รายได้เหลือเก็บ	หมายถึง	รายได้เหลือใช้กับค่าใช้จ่ายในการครองชีพ

## ชุดที่ 2 แบบวัดการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับความคิด การกระทำ ความรู้สึกต่อการเผชิญความเครียดของท่านในการให้การดูแลผู้ป่วย โดยข้อคำถามครอบคลุมการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา และการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ข้อคำถามมีจำนวน 32 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ไม่เป็นความจริง หมายถึง ข้อความนี้ไม่ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกเลย  
 เป็นความจริงน้อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกบ้าง  
 เป็นความจริงบ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกส่วนมาก  
 เป็นความจริงทั้งหมด หมายถึง ข้อความนี้ตรงกับความคิด การกระทำและความรู้สึกทุกครั้ง

ข้อความ	ไม่เป็นความจริง	เป็นความจริงน้อยครั้ง	เป็นความจริงบ่อยครั้ง	เป็นความจริงทั้งหมด
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา 1. ท่านยอมรับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ในขณะดูแลผู้ป่วย 2. ท่านแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นออกเป็นประเด็นย่อยๆ 3. .... .....				
การเผชิญความเครียดแบบมุ่งปรับอารมณ์ 14. ท่านหวังว่าสิ่งต่างๆ จะดีขึ้น 15. ท่านเชื่อว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่มีจุดจบเสมอ 16. .... .....				

### ชุดที่ 3 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์เกี่ยวกับชนิด และความรู้สึกของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในด้านการสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านวัตถุประสงค์ของ การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า และด้านข้อมูลข่าวสาร มีจำนวนข้อคำถาม 19 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ( ) ในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้อง

ไม่เป็นความจริงเลย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือไม่เกิดขึ้นกับท่านเลย  
 นานๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดกับท่านนานๆ ครั้ง  
 บางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดกับท่านบางครั้ง  
 บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดกับท่านบ่อยครั้ง  
 ตลอดเวลา หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือเคยเกิดกับท่านตลอดเวลา

ข้อความ	ไม่เป็น จริงเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอด เวลา
การสนับสนุนด้านอารมณ์ 1. มีผู้แสดงความเอาใจใส่ ห่วงใยเมื่อทราบว่ามีสมาชิกในครอบครัวของข้าพเจ้าป่วยเป็นโรคจิตเภท 2. มีคนคอยรับฟังความทุกข์ใจของท่านเมื่อท่านไม่สบายใจ 3..... .....					
การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ 6. ท่านได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาสมาชิกที่ป่วย 7. ท่านมีบุคคลที่คอยช่วยเหลือท่านโดยไม่หวังผลตอบแทน 8..... .....					

ข้อความ	ไม่เป็น จริงเลย	นานๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ตลอด เวลา
<p>การได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า</p> <p>10. ท่านรู้สึกว่าคุณไม่เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น</p> <p>11. ท่านคิดว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านได้รับการยอมรับจากคนในสังคมลดลง</p> <p>12.....</p> <p>.....</p> <p>การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร</p> <p>15. ท่านได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น</p> <p>16. ท่านได้รับการเตือนให้พาผู้ป่วยมาพบแพทย์เมื่อถึงเวลานัด</p> <p>17.....</p> <p>.....</p>					

## ชุดที่ 4 แบบวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพ

คำชี้แจง แบบวัดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจพฤติกรรมการกระทำกิจกรรมที่บุคคลที่กระทำด้วยตนเอง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี โดยครอบคลุมด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองด้านร่างกาย มีจำนวนข้อคำถาม 34 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกิจกรรมที่ท่านทำมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ไม่เคยทำ	หมายถึง	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นเว้นระยะไปนานจึงทำอีก
บางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นทำเป็นบางครั้งเว้นระยะ 1 เดือนจึงทำอีก
บ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ทำทำบ่อยครั้ง เว้นบางเป็นบางครั้ง
ประจำ	หมายถึง	กิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวัน

ข้อความ	ไม่เคยทำ	นาน ๆ ครั้ง	บางครั้ง	บ่อยครั้ง	ประจำ
การพัฒนาการรู้จักตนเอง 1. ท่านมีความตั้งใจที่จะดำเนินชีวิตให้ดีขึ้นขณะที่ดูแลผู้ป่วย 2. ท่านสำรวจความคิด ความรู้สึกของตนเอง 3..... ..... .....					
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ 8. ท่านบอกความรู้สึกของตนเองกับผู้อื่น 9. ท่านพยายามอธิบายสิ่งที่ต้องการให้ผู้อื่นฟังจนเข้าใจ 10..... .....					



ข้อความ	ไม่เคย ทำ	นานๆ ครั้ง	บาง ครั้ง	บ่อย ครั้ง	ประจำ
<p>การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ</p> <p>15. ท่านใช้เวลาส่วนใหญ่ทำกิจกรรมที่ท่านต้องการและตั้งใจไว้</p> <p>16. ท่านมีการวางแผนการทำงานล่วงหน้า</p> <p>17.....</p> <p>.....</p>					
<p>การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา</p> <p>17. ท่านพยายามทำสมาธิหรือปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่มุ่งให้จิตใจสงบ</p> <p>18. ท่านปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส</p> <p>19.....</p> <p>.....</p>					
<p>การดูแลตนเองโดยทั่วไป</p> <p>29. ท่านรับประทานอาหารเช้าครบทุกมื้อ</p> <p>30. ท่านดื่มน้ำเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย</p> <p>31.....</p> <p>.....</p>					

### ชุดที่ 5 แบบสอบถามภาวะสุขภาพ

คำชี้แจง แบบสอบถามภาวะสุขภาพโดยนี้ เป็นแบบสอบถามความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลต่อความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ มีจำนวนข้อคำถาม 36 ข้อ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในข้อความที่ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านมากที่สุด เกี่ยวกับสุขภาพของท่าน โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนี้ตรงกับความคิด ความรู้สึกของท่านน้อยที่สุด

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.สุขภาพร่างกายของท่านมีผลทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง					
2.สุขภาพร่างกายของท่านมีผลทำให้ต้องทำงานได้น้อยกว่าที่ตั้งใจไว้					
3.อาการปวดตามร่างกายรบกวนการทำงานตามปกติของท่าน					
4.ปัญหาทางอารมณ์ทำให้ต้องลดเวลาในการทำงานหรือกิจกรรมลง					
5.ปัญหาทางอารมณ์ทำให้ท่านขาดความรอบคอบในการทำงานหรือการทำกิจกรรม					
6.....					
.....					
.....					

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย.....

## ใบพิทักษ์สิทธิผู้ตอบแบบสอบถาม

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม

เรียน ท่านผู้ตอบแบบสอบถาม

ด้วยดิฉัน นางสาว ดวงรัตน์ แซ่เตียว นิสิตปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

จึงใคร่ขอความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามฉบับนี้ โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามให้ตรงกับความคิด ความรู้สึก และตรงกับข้อเท็จจริงของท่าน ข้อมูลที่ได้รับจากท่านถือเป็นความลับ ไม่เกิดผลกระทบต่อท่านทั้งในหน้าที่ การงานและด้านส่วนตัว คำตอบของท่านมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และในระหว่างการตอบแบบสอบถามหากท่านไม่ต้องการตอบแบบสอบถามจนครบ ท่านสามารถยกเลิกการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลใดๆ ต่อบริการที่ได้รับ คำตอบของท่านจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวม และใช้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความร่วมมือจากท่านเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

.....  
(นางสาว ดวงรัตน์ แซ่เตียว)

ผู้วิจัย

สำหรับผู้ร่วมวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับคำชี้แจงตามรายละเอียดข้างต้น มีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมวิจัย

ลงชื่อ.....

.....

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาว ดวงรัตน์ แซ่เตียว เกิดเมื่อวันที่ 11 กันยายน พ.ศ. 2519 ที่จังหวัด นครราชสีมา สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะ แพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2538 เข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2544 ปัจจุบันทำงานในแผนกวิกฤตศัลยกรรม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี