

ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2556

ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ

พฤษภาคม 2556

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท:
กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก



เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรการศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาพัฒนาการ
พฤษภาคม 2556

ภาณุมาศ ศรีธิตทอง. (2556). *ปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก*. สารนิพนธ์ กศม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์: อาจารย์ ดร.กัญญาพันธ์ ร่วมชาติ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาระดับของความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 3) เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 308 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 130 คน ซึ่งได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดช่วงเดือนมีนาคม 2556 และได้ نابบที่สมบุรณ์มาวิเคราะห์ ข้อมูล จำนวน 117 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน, แบบวัดความเหนื่อยหน่าย (MBI) แบบวัดความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ คือ สถิติพื้นฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) และวิเคราะห์หาตัวทำนายโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter (Enter Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยมีดังนี้

- 1) ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ
- 2) ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
- 3) ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
- 4) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 5) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ร้อยละ 39.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยพบตัวทำนายที่สำคัญ คือ ความเครียด และความเข้มแข็งในการมองโลก

BIO - PSYCHO - SOCIAL FACTORS RELATED TO BURNOUT OF CAREGIVERS'
SCHIZOPHRENIA PATIENTS: CASE STUDY SOMDEJPRACHAOTAKSINMAHARAJ
HOSPITAL, TAK PROVINCE



Presented in Partial Fulfillment of the Requirements for the
Master of Education degree in Developmental Psychology
at Srinakharinwirot University

May 2013

Panumas Srititong. (2013). *Bio - Psycho - Social Factors related to Burnout of Caregivers' Schizophrenia Patients: Case Study Somdejprachaotaksinmaharaj Hospital, Tak Province*. Master's Project, M.Ed (Developmental Psychology). Bangkok: Graduate School, Srinakharinwirot University. Project Advisor: Dr.Pinyapan Roamchart.

The objectives of this study were: 1) to study burnout of caregivers' schizophrenia patients in 3 areas: Exhaustion, Cynicism and Reduced personal accomplishment. 2) to determine the relationship between Bio - Psycho - Social Factors and burnout of caregivers' schizophrenia patients. 3) to investigate Bio - Psycho - Social Factors that would be able to predict burnout of caregivers' schizophrenia patients. The population in this study was the caregivers' schizophrenia patients surveyed at a psychiatric clinic in Somdejprachaotaksinmaharaj Hospital, Tak 308 people. The sample for this study was 117 caregivers' schizophrenia patients from 130 which is 90% of the samples. Based on a random purposive sampling from the list of patients who had an appointment in March 2013. The instrument were bio - psycho - social factors, Maslach Burnout Inventory (MBI), stress, social support and sense of coherence questionnaires. The statistical tests used in this study were Pearson Correlation Coefficient and enter multiple regression analysis.

The results were as follows:

- 1) The burnout of caregivers' schizophrenia patients in 3 areas were low.
- 2) Sense of coherence was negatively related burnout of caregivers' schizophrenia patients. ($p < .01$)
- 3) Stress was positively related to the burnout of caregivers' schizophrenia patients. ($p < .01$)
- 4) The time for patient care, the age of the caregivers and social support was not related to burnout of caregivers's schizophrenia patients.
- 5) The time for patient care, the age of the caregivers, Sense of coherence, Stress and social support index together significantly predicted 39.7% of the variance in burnout of caregivers' schizophrenia patients ($p < .01$), with the significant predictors were stress and sense of coherence.

ประกาศคุณูปการ

สารนิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ ด้วยความกรุณาและเอาใจใส่ให้คำแนะนำและคำปรึกษา ตรวจแก้ไขข้อบกพร่องอย่างดียิ่งจาก อาจารย์ ดร.ภิญญาพันธ์ ร่วมชาติ อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ด้วยความเมตตาอย่างสูง จึงทำให้สารนิพนธ์ฉบับนี้ มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้วิจัยขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัฐวิทย์ สิทธิศิริธรรต อาจารย์ ดร.นิยะดา จิตต์ จรัส และอาจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์ กรรมการสอบเค้าโครงสารนิพนธ์ และกรรมการสอบปากเปล่า สารนิพนธ์ ที่ได้กรุณาสละเวลาให้ข้อคิดเห็น เสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์แก่สารนิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ในภาคจิตวิทยาทุกท่าน ที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้มา โดยตลอดจนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ นายศรีทอง ศรีธิทอง และนางพรทิพย์ ศรีธิทอง ผู้เป็นบิดามารดา รวมถึงบุพการีผู้มีพระคุณที่ให้ความรักและห่วงใย ทำให้ลูกประสบความสำเร็จในชีวิต รวมทั้ง ขอขอบคุณสามีและลูกขมิ้นอันเป็นที่รักคอยสนับสนุนให้กำลังใจ อีกทั้งเป็นแรงบันดาลใจที่สำคัญ ของการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบคุณญาติพี่น้องที่คอยให้ความช่วยเหลือกันเสมอ เพื่อนสนิทที่ได้ชักชวนกันมา เพิ่มพูนความรู้ ตลอดจนเพื่อนร่วมงาน เพื่อนๆจิตวิทยาพัฒนาการทุกคนที่ให้กำลังใจและให้ความ ร่วมมือด้วยดีตลอดมา

คุณค่าทั้งหมดที่เกิดจากสารนิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอน้อมรำลึกและบูชาพระคุณบุพการี และ บุรพจารย์ของผู้วิจัยทุกท่าน ที่อบรม สั่งสอน และวางรากฐานการศึกษาให้กับผู้วิจัยตั้งแต่อติ ตจนถึงปัจจุบัน

ภาณุมาศ ศรีธิทอง

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร และคณะกรรมการสอบ
ได้พิจารณาสารนิพนธ์เรื่องปัจจัยทางชีวิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคจิตเภท : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ของภาณุมาศ
ศรัทธอง ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

อาจารย์ที่ปรึกษาสารนิพนธ์

.....
(อาจารย์ ดร.ภิญญาพันธ์ ร่วมชาติ)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร

.....
(อาจารย์ ดร.ชญญา ลีศัตร์พ่าย)

คณะกรรมการสอบ

ประธาน

.....
(อาจารย์ ดร.ภิญญาพันธ์ ร่วมชาติ)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ฉัฐวิณี สิทธิศิริอรรรถ)

กรรมการสอบสารนิพนธ์

.....
(อาจารย์ ดร.พัชรี ดวงจันทร์)

อนุมัติให้รับสารนิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

..... คณบดีคณะมนุษยศาสตร์

(อาจารย์ ดร.วาณี อรรถนัสชาติ)

วันที่ เดือน พ.ศ.

สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
ภูมิหลัง	1
จุดมุ่งหมายของการวิจัย	4
ความสำคัญของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย	5
นิยามศัพท์เฉพาะ	5
นิยามศัพท์ปฏิบัติการ	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	9
สมมติฐานในการวิจัย	10
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	11
โรคจิตเภท	11
โรคจิตเภทและความหมาย	11
ลักษณะทางคลินิก	12
เกณฑ์การวินิจฉัย	13
สาเหตุของโรค	14
การดำเนินโรค	14
การบำบัดรักษา	15
การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	16
ความเหนื่อยหน่าย	18
ความหมายของความเหนื่อยหน่าย	18
อาการของความเหนื่อยหน่าย	20
ผลกระทบจากความเหนื่อยหน่าย	21
การวัดความเหนื่อยหน่าย	22
ปัจจัยทางจิตกับความเหนื่อยหน่าย	23
ความเข้มแข็งในการมองโลก	23
ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก	24
องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก	25
การวัดความเข้มแข็งในการมองโลก	26

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
2 (ต่อ)	
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในการมองโลกกับความเหนื่อยหน่าย	27
ความเครียด	28
ความหมายของความเครียด	28
สาเหตุของความเครียดและปฏิกิริยาตอบสนองของความเครียด	29
การวัดความเครียด	31
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะเหนื่อยหน่าย	33
ปัจจัยทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต	34
การสนับสนุนทางสังคม	34
ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม	35
ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม.....	36
แหล่งสนับสนุนทางสังคม	37
การวัดการสนับสนุนทางสังคม	38
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท	39
ปัจจัยทางชีวสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	40
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกับ ความเหนื่อยหน่าย ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	40
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุกับความเหนื่อยหน่าย ของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท.....	41
3 วิธีดำเนินการวิจัย	43
การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง	43
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	44
การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	50
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	51

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	52
5 สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	63
สังเขป ความมุ่งหมาย สมมติฐาน และวิธีดำเนินการวิจัย.....	63
สรุปผลการวิจัย.....	65
อภิปรายผล.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	72
บรรณานุกรม.....	73
ภาคผนวก	81
ภาคผนวก ก.....	82
ภาคผนวก ข.....	86
ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์.....	102



บัญชีตาราง

ตาราง	หน้า
1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา.....	54
2 ผลการวิเคราะห์ ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา.....	55
3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับ ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	57
4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางชีวจิตสังคมที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	59
5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter ของตัวทำนายคือ ปัจจัยทางชีวจิต สังคมกับตัวแปรตามคือความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.....	60



บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 กรอบแนวคิด.....	9
2 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษา.....	62



บทที่ 1

บทนำ

ภูมิหลัง

ภาวะสุขภาพของประชาชนไทยในยุคปัจจุบันที่มีเทคโนโลยีก้าวหน้า มีนวัตกรรมที่ทันสมัย ซึ่งเอื้ออำนวยให้สามารถรักษาชีวิตของมนุษย์ให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ แข็งแรง ปราศจากโรค มีอายุที่ยืนยาวมากกว่าในอดีต แต่ทั้งนี้ก็ยังเป็นการมุ่งเน้นที่จะรักษาสุขภาพกายในทางกลับกันการดูแลรักษาสุขภาพจิตนั้น ยังคงเป็นปัญหาอยู่มาก โดยเฉพาะยุคปัจจุบันมีเหตุปัจจัยที่มากกระตุ้นให้เกิดความเครียด ไม่ว่าจะเป็นการชวชนวายท่ามาหากินเพื่อดำรงชีพ การแข่งขันในเชิงธุรกิจ เพื่อให้เข้าถึงทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้เกิดการปรับตัวไม่เหมาะสมและนำไปสู่การมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้ ซึ่งจะเห็นได้จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2554: online) ได้รายงานถึงจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวชที่มารับบริการของหน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 - 2554 โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการในปี พ.ศ. 2552 จำนวน 1,022,504 คน, พ.ศ. 2553 จำนวน 1,055,548 คน และ พ.ศ. 2554 จำนวน 1,091,646 คน ตามลำดับ ซึ่งพบว่ามีผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตมารับบริการมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นหลายหมื่นคนต่อปี และส่วนใหญ่มักมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องรับการรักษาต่อเนื่อง

โรคจิตเภทเป็นโรคที่เป็นปัญหาทางจิตเวช จัดว่าเป็นโรคที่พบมากที่สุดในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด สำหรับประเทศไทย พบว่า มีอุบัติการณ์ในประชากรร้อยละ 0.5 - 1 ต่อ 1000 คนป่วยเป็นโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล. 2549: 199) ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้แปลความหมายของโรคจิตเภทจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ: ICD - 10 (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. 2541: 325) ว่า โรคจิตเภทมีลักษณะพิเศษ คือ มีความผิดปกติทางความคิด และการรับรู้และอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือเฉยเมย โดยสภาพความรู้สึกตัว และเชาวน์ปัญญายังปกติอยู่ ถึงแม้การสูญเสียการรับและเรียนรู้จะค่อยๆ ปรากฏขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ความคิด ก้อง ความคิดถูกสอดใส่ หรือความคิดถูกขัดขวาง ความคิดกระจาย ความหลงผิดในการรับรู้ และความหลงผิดว่าถูกควบคุม มีอิทธิพลเหนือหรือถูกขัดขวาง หูแว่ว ได้ยินคนอื่นนินทาผู้ป่วย ความคิด ผิดปกติ และอาการถดถอย การดำเนินโรคทางจิตเภท อาจจะเป็นแบบต่อเนื่อง หรือมีอาการเป็นพัก ๆ แล้วดำเนินต่อ หรือเป็นตลอดเวลา หรือเป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ ดังนั้นอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยแล้ว ยังเกิดผลกระทบต่อความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้าง เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะบกพร่องด้าน การดูแลตนเอง จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่ต่อเนื่อง และเข้าใจผู้ป่วยเป็นอย่างดี เช่นเดียวกับ สมิท เอ็ม ซีและซีกัลป์ เจ (Smith M C; & Segal J, 2012: online) กล่าวถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภทย่อมเพิ่มภาวะความเครียดให้กับสมาชิกในครอบครัว หากไม่ได้ระวังระมัด อาจจะทำให้เกิดการรบกวนในชีวิต

และก่อให้เกิดความเหนื่อยหน่ายได้อย่างรวดเร็ว และส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำให้สัมภาษณ์ของน้องสาวผู้ป่วยโรคจิตเภทรายหนึ่ง ที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ในฐานะที่เป็นนักจิตวิทยา ซึ่งน้องสาวผู้ป่วยได้กล่าวว่า “ต้องบังคับให้กินยา ไม่งั้นก็จะเห็น และมีหิวแหว่ พุดคุยคนเดียว เป็นโมโห เสียงดัง เป็นโมโหมากก็เพราะเค้าไม่กินยา ต้องบอกว่าเป็นให้กินยา เดี่ยวอายุเขา ซึ่งเป็นคนข้างบ้านที่แก่ไปตาเขา รู้สึกเหนื่อยมาก แต่ละครึ่งลำบากมาก โดยเฉพาะเรื่องการเดินทางมารับยา แต่ทำให้พี่หาย ถ้าไม่หายก็ต้องทำ” จากคำกล่าวของน้องสาวของผู้ป่วยตีความได้ว่ามีความเหนื่อยหน่ายท้อแท้ต่อการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้ อรรถพรณ สุทนทวง และคณะ (2552: 3) ได้กล่าวว่า จากปัญหาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของครอบครัวที่ผ่านมา ถือเป็นภาระที่หนักมาก ภาระหนึ่ง ของครอบครัว ที่เกิดจากการต้องใช้ความอดทนและความเสียสละเป็นอย่างมากในการดูแล ครอบครัวจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเกิดภาวะวิกฤต บางครอบครัวจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ เช่นเดียวกันกับ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2549: 7) ได้กล่าวถึงความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจเกิดความรู้สึกได้หลายอย่าง เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด เสียใจ เกิดความรู้สึกหนักใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดที่ปรึกษา ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกและแสดงต่อผู้ป่วย เช่น ตำหนิ ตีตีสอน พุดประชดเหน็บแนม ต่ำว่า พุดแข่ง เมื่อผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้นตามที่ความคาดหวังในระยะยาว ญาติเกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เป็นต้น ซึ่งลักษณะอาการดังกล่าวบ่งบอกถึง “ความเหนื่อยหน่าย” ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีจิตสังคมของอีริคสัน ว่าวัยกลางคน ที่อยู่ในขั้นพัฒนาการขั้นที่ 7 การเป็นผู้ให้ – การเฉื่อยชา (Generativity vs Stagnation) (ประณต เค้าฉิม. ม.ป.ป.: 54) เป็นช่วงของการทำสิ่งที่ประโยชน์ให้กับคนอื่น โดยเฉพาะกับคนที่เยาว์วัยกว่าโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน ให้ความช่วยเหลือ เลี้ยงดู เอาใจใส่ มีผลงานที่สร้างสรรค์ ตระหนักถึงการทำให้สังคมดีขึ้นเพื่ออนุชนรุ่นหลังและลูกของตน ในขั้นนี้บุคคลจะเป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ที่มีอาวุโสน้อยกว่า ด้วยการแบ่งปันความรู้และปรัชญาชีวิต ผู้ใหญ่ที่ล้มเหลวในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้อื่นหรือสังคมจะรู้สึกเฉื่อยชา เบื่อหน่าย ปล่อยตัว ไม่สามารถช่วยเหลือกิจการสังคมได้ ดังนั้นการศึกษาความเหนื่อยหน่ายจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างยิ่ง ด้วยเหตุผลที่ว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากในการช่วยเหลือแพทย์ดูแลผู้ป่วย หากลำพังอาศัยการรักษาจากแพทย์แล้ว ไม่ได้ได้รับความร่วมมือ หรือดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ก็ทำให้อาการของผู้ป่วยไม่ดีขึ้น

จากการทบทวนแนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยทางจิตที่สำคัญในการพยากรณ์ ความเหนื่อยหน่าย คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก (กังสดาล สุทธิวิริสวรรณ. 2535; ปีเตอร์ อีดี โลเวียร์ และคณะ. 2010) และความเครียด (มยุรี กลั้ววงษ์. 2552: บทคัดย่อ) ซึ่งการให้ความสำคัญกับปัจจัยทางจิตเพียงอย่างเดียวอาจจะอธิบายได้ไม่ครอบคลุม ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย โดยเฉพาะตัวแปรที่มีบทบาทเชิงการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องด้วยการดูแลผู้ป่วยเป็นการดูแลแบบบูรณาการในมิติของสังคม จิตใจ ทั้งนี้เมื่อศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าปัจจัยทางสังคม

พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน (กังสดาล สุทรวีรสรณ์. 2535; ลิซา เอส และคณะ. 2006) และอีกปัจจัยหนึ่ง ซึ่งเป็นปัจจัยทางชีวสังคมที่มีผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่นานจะมีความเครียดสูง แต่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมากขึ้นจะส่งผลให้ความเครียดจะลดลง ซึ่งความเครียดดังกล่าวจะส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วย (มยุรี กลั้ววงษ์. 2552: บทคัดย่อ) จากงานวิจัยทำให้เห็นว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีผลต่อความเครียด และความเครียดของผู้ดูแลก็มีผลต่อความเหนื่อยหน่าย และพบการศึกษาเกี่ยวกับระยะเวลาในการปฏิบัติงานในกลุ่มพยาบาล ซึ่งเป็นบุคคลที่ต้องดูแลสุขภาพเช่นกัน โดยสิริยา สัมมาวาจ (2532: 48) ทำศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 5 ปี และ 6 - 10 ปี มีความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานระหว่าง 11 - 15 ปี และ 16 - 20 ปี สอดคล้องกับพัชนี เอมะนาวิน (2536: 65) ที่ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 - 5 ปี จะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 - 10 ปี เช่นเดียวกับ พรทิพย์ สุรโยธิน ณ ราชสีมา (2537: 79) ที่ศึกษาความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแตกต่างกัน โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากที่สุด และแตกต่างจากกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานกลุ่มอื่นๆ ทุกกลุ่ม ส่วนงานวิจัยของ ศจีมาจ ขวัญเมือง (2541: บทคัดย่อ) ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความพึงพอใจในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 221 คน พบว่า อายุงานต่างกันมีความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสุรีย์พร กุมภาคม (2546: บทคัดย่อ) พบว่าประสบการณ์ทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจเกี่ยวกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากระยะเวลาแล้ว ปัจจัยชีวสังคมที่ผู้วิจัยสนใจในการศึกษาครั้งนี้อีกตัวแปรหนึ่ง คือ อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เมื่อทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า มีงานวิจัยที่ทำในกลุ่มบุคลากรสุขภาพเช่นกัน (สิริยา สัมมาวาจ. 2532; ศจีมาจ ขวัญเมือง. 2541; บุญธิดา เทือกสุบรรณ. 2550) สรุปได้ว่าตัวแปรด้านอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยให้ความสนใจในการศึกษา เนื่องจากพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย โดยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ เพื่อประโยชน์ในการ

กำหนดเป้าหมายของกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยได้ชัดเจนขึ้น ในการส่งเสริมป้องกันภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลต่อไป

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมในการพยากรณ์ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งใช้บริการโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก เพื่อจะได้ข้อมูลในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทดังกล่าว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ผู้วิจัยได้ดูแลรับผิดชอบ ดังนั้นข้อมูลที่ได้รับจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนในการส่งเสริม ดูแลและช่วยเหลือเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไปอันจะเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับของความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านลดความเป็นบุคคล และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวิตสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวิตสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความสำคัญของการวิจัย

1. ทำให้ทราบถึงระดับของความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทรายด้าน ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบรรเทาความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านต่อไป
2. ทำให้ทราบว่าปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และปัจจัยชีวิตจิตสังคมใดที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทำการวิจัยหรือโครงการสำหรับการส่งเสริม ดูแลและช่วยเหลือเพื่อลดความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไปอันจะเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ขอบเขตการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 308 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ซึ่งได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดรับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ช่วงเดือนมีนาคม 2556 จำนวน 130 คน ดังนั้นในการวิจัยนี้จะแจกแบบสอบถามตามรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดรักษาในช่วงเดือนมีนาคม 2556 ทั้งหมด และได้นำฉบับที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 117 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรที่จะศึกษา

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่

- 1) ความเข้มแข็งในการมองโลก
- 2) ความเครียด
- 3) การสนับสนุนทางสังคม
- 4) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- 5) อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ ความเหนื่อยหน่าย ประกอบไปด้วย

- 1) ความรู้สึกอ่อนล้าในอารมณ์ (Exhaustion)
- 2) ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล (Cynicism)
- 3) ความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduced personal accomplishment)

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในระยะให้ยาในระยะยาวเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยผู้ดูแลดังกล่าวเป็นบุคคลที่ทำการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเอง

2. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท ตั้งแต่ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภทซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จนถึงปัจจุบัน วันที่ได้เก็บข้อมูล

3. อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง อายุของผู้ดูแลหลัก ตามวัน เดือน ปีเกิดจริง

4. โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีผลต่อการดำเนินชีวิต ทั้งด้านการดูแลตนเอง และการใช้ชีวิตในสังคม

นิยามปฏิบัติการ

1. ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง ภาวะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ มีเจตคติด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วย และทำให้การดำเนินชีวิต รวมถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง โดยความเหนื่อยหน่ายมีองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบคือ

1.1 ความรู้สึกอ่อนล้าในอารมณ์ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความท้อแท้ อ่อนล้าหมดแรงหมดกำลังใจ และเกิดความคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.2 ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะถูกดูถูกหรือตำหนิผู้ป่วย กลายเป็นคนปราศจากความปราณี ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเสมือนวัตถุ ไม่สนใจว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อการดูแลผู้ป่วย

1.3 ความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองดูแลผู้ป่วยไม่ดีพอ ไม่สามารถเข้าใจปัญหาหรือความรู้สึกของผู้ป่วย

สำหรับแบบวัดความเหนื่อยหน่ายผู้วิจัยปรับปรุงจาก แบบวัดความเหนื่อยหน่ายของสิระยา สัมมาวาจ (2532) ได้แปลเครื่องมือวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) ที่สร้างโดย Christina Maslach; & Susan E. Jackson (1986 อ้างใน มยุรี กลั้ววงษ์, 2552) และมยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ที่ได้ปรับปรุงแบบวัดมาใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากแบบวัดของ สิระยา สัมมาวาจ (2532) ซึ่งมีข้อคำถาม จำนวน 22 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .9433 ประกอบด้วยมิติในการวัด 3 ด้าน คือ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 และ 20 ,2) ด้านลดความเป็นบุคคล จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 5, 10, 11, 15 และ 22, 3) ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 และ 21 ลักษณะแบบวัดความเหนื่อยหน่ายเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert) 7 ระดับ จาก “ไม่เคยมีความรู้สึกเลย” ถึง “มีความรู้สึกทุก ๆ วัน”

2. ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง คุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญกับสภาวะต่างๆในการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถรับรู้และประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งทำลาย ความสามารถจัดการแก้ไขปัญหา เพื่อปรับตัวต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องในการ

ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่าต่อตัวของผู้ดูแลและผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกนั้น มีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้

1.1 ความสามารถในการเข้าใจ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้และประเมินได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำทนาย สามารถคาดการณ์ได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำได้

1.2 ความสามารถในการจัดการ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ดูแลพยายามหาวิธีในการรักษาที่ถูกต้อง ไม่ละเลยหรือหลีกเลี่ยงปัญหา

1.3 ความสามารถในการเห็นคุณค่า หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย โดยที่ตนเองมีความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วย เมื่อสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีอาการสงบ สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพ ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย

สำหรับแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกผู้วิจัยนำมาจาก สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532 อ้างใน ปิติมา ฉายโอภาส. 2546) ได้แปลแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaire: SOC Questionnaire) ของแอนโทนอฟสกี (Antonovsky, 1987) เป็นภาษาไทย ลักษณะแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำความเข้าใจ, ด้านความสามารถในการจัดการ และด้านความสามารถในการเห็นคุณค่า แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าของออสกู๊ด (Osgood) 7 ระดับ จาก “น้อยที่สุด” ถึง “มากที่สุด” ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดมาใช้ จำนวน 24 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

3. ความเครียด หมายถึง สภาวะร่างกาย และจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญความกดดันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและไม่สบายใจ มีอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ ประสาทตึงเครียด ปวดศีรษะเป็นต้น และกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องปรับตัวอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรับมือกับความตึงเครียด หากไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตได้

โดยแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยม.ล.สมชาย จักรพันธ์ (2541) เป็นแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง จำนวน 20 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก “ไม่เคยเลย” ถึง “เป็นประจำ” ผู้ที่ตอบได้คะแนนจากแบบวัดมากกว่า แสดงว่าเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเครียดมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนจากแบบสอบถามน้อยกว่า

4. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ทั้งทางด้านอารมณ์ ข่าวสาร และสิ่งของ ทำให้บุคคลรู้สึกได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งทำให้บุคคลนั้นดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยองค์ประกอบของชนิดการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านมีความหมาย ดังนี้

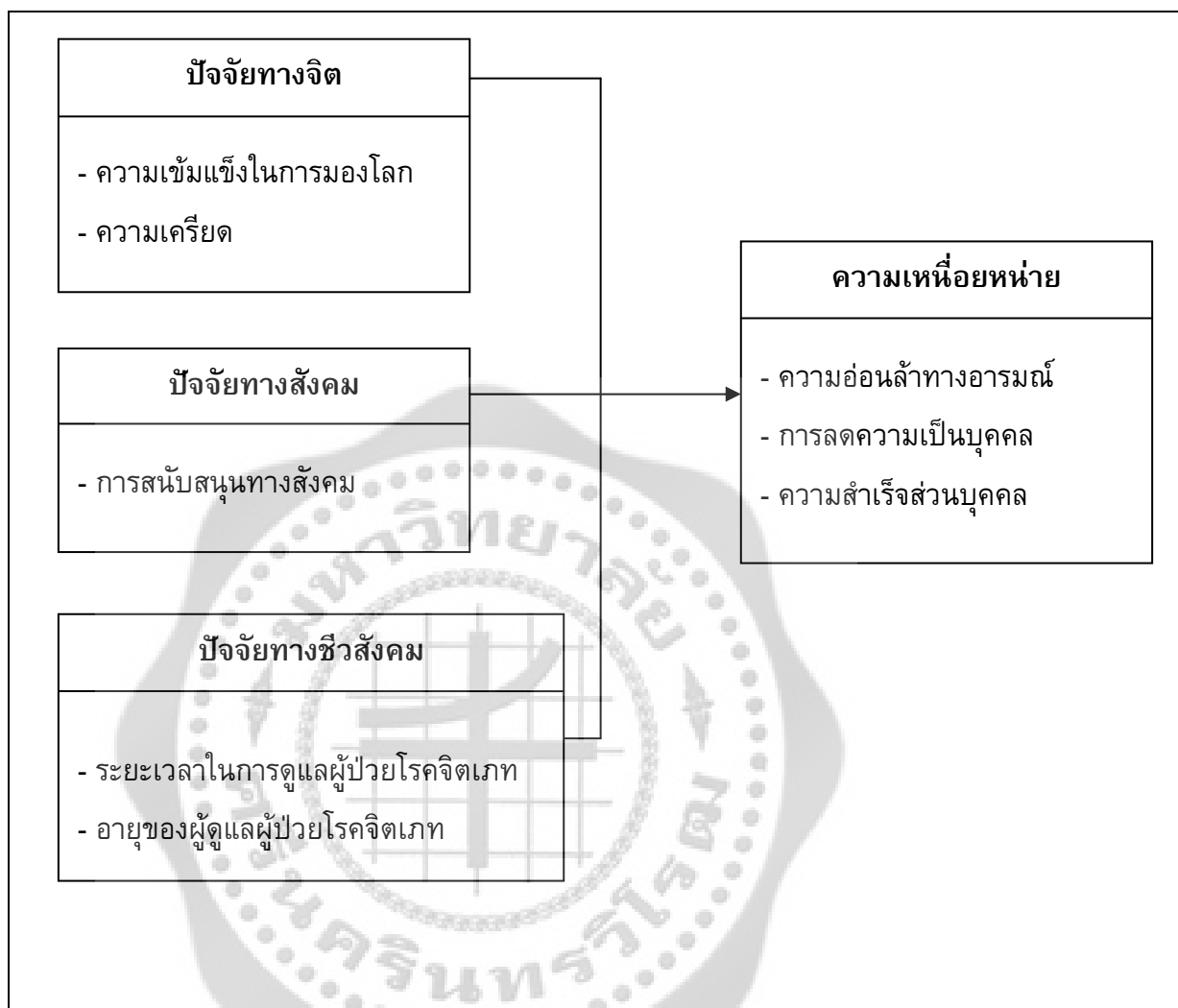
1.1 การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ การได้รับความรัก กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ การยอมรับ นับถือ ยอมรับฟังความรู้สึกนึกคิดและเห็นคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย

1.2 การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแก้ไขปัญหาในการดูแล และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการดูแล รวมถึงข่าวสารที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

1.3 การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับความช่วยเหลือทางด้านเครื่องอุปโภค บริโภค ที่พักอาศัย การเงิน เป็นต้น

สำหรับการวัดผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของมยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ตามแนวคิดของ เซฟเฟอร์ และคณะ (1981) ซึ่งเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ “ไม่เลย” ถึง “มากที่สุด” มีจำนวน 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92 ผู้ที่ตอบได้คะแนนจากแบบวัดมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าผู้ที่ตอบได้คะแนนจากแบบสอบถามน้อยกว่า

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานในการวิจัย

1. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
5. อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
6. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและได้นำเสนอตามหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
2. ความเหนื่อยหน่าย
3. ปัจจัยทางจิตสังคมกับความเหนื่อยหน่าย
 - 3.1 ความเข้มแข็งในการมองโลก
 - 3.2 ความเครียด
4. ปัจจัยทางสังคมกับความเหนื่อยหน่าย
ปัจจัยทางสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม
5. ปัจจัยทางชีวสังคมกับความเหนื่อยหน่าย
 - 5.1 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 5.2 อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

1.1 โรคจิตเภทและความหมาย

โรคจิตเภท (**Schizophrenia**) เป็นอีกหนึ่งโรคทางจิตที่มีความรุนแรง มีประชากรในกลุ่มอายุ 15 - 35 ปีที่เป็นโรคจิตเภทประมาณ 7 คนต่อหนึ่งพันคน แม้ว่าอุบัติการณ์ความชุกจะมีจำนวนน้อย (3 ต่อ 10,000 ราย) แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยของโรคมักมีภาวะเรื้อรัง (WHO, 2011: online) และความรุนแรงของโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อชุมชนใหญ่และกระทบเป็นหลายเท่า ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายที่ต้องจัดทำให้เพื่อการดูแลรักษา การสูญเสียด้านการผลิต และมีปัญหาทางกฎหมาย รวมถึงความรุนแรง (violence) ที่เกิดสัมพันธ์กับโรคทางจิตเวชบางโรค แม้ว่าส่วนมาก ความรุนแรงจะมีสาเหตุมาจากบุคคล “ปกติ” (‘normal’ people) มากกว่าบุคคลที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชก็ตาม แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักเป็นผู้ป่วยที่ถูกมองว่าเป็นตัวแทนของกลุ่มที่ก่อความรุนแรงต่อผู้อื่น (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550: 14)

ทั้งนี้ มีหลายแหล่งที่ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ โดยกรมสุขภาพจิตได้แปลความหมายของโรคจิตเภทจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ: ICD - 10 (สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข, 2541: 325) ว่า โรคจิตเภทมีลักษณะพิเศษ คือ มีความ

ผิดปกติทางความคิด และการรับรู้และอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือเฉยเมย โดยสภาพความรู้สึกตัว และเชาวน์ปัญญา มักจะยังปกติอยู่ ถึงแม้การสูญเสียการรับและเรียนรู้จะค่อยๆ ปรากฏขึ้นเมื่อเวลาผ่านไป ความคิดก้อง ความคิดถูกสอดใส่ หรือความคิดถูกขัดขวาง ความคิดกระจาย ความหลงผิดในการรับรู้ และความหลงผิดว่าถูกควบคุม มีอิทธิพลเหนือหรือถูกขัดขวาง หูแว่ว ได้ยินคนอื่นนินทาผู้ป่วย ความคิดผิดปกติ และอาการถดถอย การดำเนินโรคทางจิตเภท อาจจะเป็นแบบต่อเนื่อง หรือมีอาการเป็นพัก ๆ แล้วดำเนินต่อ หรือ เป็นตลอดเวลา หรือ เป็นครั้งสองครั้งแล้วหายสมบูรณ์หรือไม่ก็ได้ นอกจากนี้ ซีระ สีสานันทกิจ (ซีระ สีสานันทกิจ. 2550: 1) ได้ให้ความหมายเพิ่มเติมว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติที่ซับซ้อนในความคิด การรับรู้ และพฤติกรรมที่มีลักษณะเฉพาะคือมีอาการด้านบวก และอาการด้านลบ ซึ่งสัมพันธ์กับการรบกวนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยตั้งแต่หนึ่งด้านขึ้นไป เช่น ด้านหน้าที่การงาน ด้านการเรียนการทำงานให้สำเร็จ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และด้านการดูแลตนเอง และมานโซ หล่อตระกูล (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2548: 122) ได้กล่าวไว้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึงโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีความคิด อารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง มีผลต่อการดำเนินชีวิต ทั้งด้านการดูแลตนเอง และการใช้ชีวิตในสังคม

1.2 ลักษณะทางคลินิก

อาการของโรคจิตเภทเป็นความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งอาการที่สำคัญของโรคนั้น (ศรีรัฐัญญา. 2553: 3; ศรีรัฐัญญา และมหาวิทยาลัยมหิดล, online) ได้แบ่งออกเป็น 2 กลุ่มกว้าง ๆ คือ

- **อาการด้านบวก** เป็นอาการที่มีเพิ่มมากกว่าคนปกติทั่วไป ได้แก่ อาการหลงผิด (delusion) คิดว่ามีเทพวิญญูณอยู่ในร่างกาย คอยบอกให้ทำสิ่งต่างๆ, ประสาทหลอน

(hallucination) โดยมีอาการได้ยินเสียงคนพูดคุย ได้ยินเสียงคนพูดตำหนิ พูดโต้ตอบเสียงนั้นเพียงคนเดียว

- **อาการด้านลบ** เป็นอาการที่ขาดหรือบกพร่องไปจากคนปกติ ได้แก่ ผู้ป่วยจะพูดน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ เนื้อหาที่พูดมีน้อย (alogia) การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยลดลงอย่างมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา (affective flattening) ผู้ป่วยจะขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ลง ทำอะไรได้ไม่นานก็เลิกทำโดยไม่มีเหตุผล (avolition) ไม่มีอาการใดที่เป็นอาการเฉพาะ อาการของผู้ป่วยอาจจะเกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในหลายเรื่อง เช่น การรับรู้ ความนึกคิด การรับรู้ความจริง ความรู้สึก กระบวนการคิด พฤติกรรมหรือการตัดสินใจ ซึ่งลักษณะอาการทางจิตและพฤติกรรมเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ต่างๆ ของผู้ป่วยในระดับต่างๆกัน ซึ่งบางครั้ง

อาจเสื่อมถอยลงอย่างมาก มีความบกพร่องในหลายๆ เรื่อง เช่น การเรียน การดูแลตนเอง ความสัมพันธ์ในสังคม การทำงาน ทักษะในการทำงาน เป็นต้น

1.3 เกณฑ์การวินิจฉัย

ในปัจจุบัน เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทที่นิยมใช้มีเพียง 2 เกณฑ์เท่านั้น คือ เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งฉบับล่าสุด คือฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (4th ed, text revision) กับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD – 10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) (ธีระ ลีลา นันทกิจ. 2550: 104 – 107) สำหรับโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD – 10)ซึ่งมีรายละเอียดของเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีอาการ อย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดมากต้องมี อาการ 2 อาการหรือมากกว่า ตามอาการที่ได้ระบุจาก 1 - 4 มีดังต่อไปนี้

1.3.1 โรคจิตมีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ โดยมีอาการเป็นเวลา 1 เดือน แต่อาจมีระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษา (สมภพ เรื่องตระกูล. 2549: 206 - 207)

- 1) มีอาการหลงผิด (delusion)
- 2) มีอาการประสาทหลอน (hallucination)
- 3) มีความผิดปกติของคำพูด (disorganized speech)
- 4) มีพฤติกรรมวุ่นวาย หรืออาการคาทาโทเนีย (grossly disorganized behavior or catatonic behavior)
- 5) มีอาการด้านลบ เช่นพูดน้อย เฉยเมย ไม่ทำกิจกรรมทุกชนิด

หมายเหตุ หากมีอาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกประหลาด ได้แก่อาการเชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง หรือมีอาการหูแว่วเป็นเสียงคนวิจารณ์ตัวเอง หรือเสียงคนพูดคุยกันมีเพียงอาการเดียว ก็ถือว่าเข้าเกณฑ์

1.3.2 อาการดังกล่าวทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีปัญหาด้านอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นหรือการดูแลตนเอง

1.3.3 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการไม่สบายติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

1.3.4 ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่ได้มีอาการของโรคจิตชนิดอื่น

1.3.5 อาการไม่ได้เกิดจากยา สารเสพติด หรือโรคทางกาย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชขององค์การอนามัยโลก (ICD – 10) ที่มาติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก

1.4 สาเหตุของโรค

สาเหตุของโรคจิตเภทจะเชื่อมโยงกับองค์ประกอบหลายอย่าง ซึ่งธีระ ลีลานั้นทกิจ (ธีระ ลีลานั้นทกิจ, 2550: 8 - 9) สามารถสรุปได้เป็นสามกลุ่ม คือ

1.4.1 องค์ประกอบทางร่างกาย ซึ่งเกิดจากสรีรวิทยา สารเคมี สารสื่อประสาท (neurotransmitter) กรรมพันธุ์ และโครงสร้างของร่างกาย โรคทางจิตเวชและความผิดปกติทางพฤติกรรมเกี่ยวพันกับการสื่อสารของระบบประสาทแตกแยก (Disruption of neural communication) ออกจากวงจรที่เฉพาะเจาะจง ในโรคจิตเภท (Schizophrenia) เกิดจากความผิดปกติของการเจริญเติบโตเต็มที่ของวงจรระบบประสาท (maturation of neural circuits) อาจทำให้ตรวจพบความเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพที่ระดับเซลล์และเนื้อเยื่อที่เห็นชัด ซึ่งเป็นผลทำให้กระบวนการของการแจ้งข่าว (information process) ไม่เหมาะสม หรือเป็นผลให้ปรับตัวได้ไม่ดี (inappropriate or maladaptive)

1.4.2 องค์ประกอบทางจิตใจ ประกอบด้วยการศึกษา (upbringing) ประสบการณ์ทางอารมณ์ (emotional experiences) และปฏิสัมพันธ์ (interactions) ของบุคคลกับบุคคลอื่น นอกจากนี้ มยุรี กลั้ววงษ์ (2552: 24) ได้กล่าวถึง ปัจจัยด้านความเครียด มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เช่น การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก การย้ายที่อยู่ใหม่ การอยู่ในระยะอดเหล้า และยา หรือสถานการณ์ความเครียดในวิถีชีวิต ได้แก่ การเผชิญกับความขัดแย้งอย่างรุนแรงภายในครอบครัว หรือประสบกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น แต่ปัจจัยด้านความเครียดไม่ใช่สาเหตุโดยตรงที่ทำให้เกิดความผิดปกติของโรคจิตเภท ขณะเดียวกันจะเห็นได้ว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นเหตุกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหรือมีอาการเลวลง

1.4.3 องค์ประกอบทางสังคม ที่สัมพันธ์กับสภาวะปัจจุบันของบุคคลกับสังคม และวัฒนธรรม โรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากมารดาที่กดขี่ บิดาที่เป็นบุคคลที่เฉยๆ ความยากจน บิดามารดาที่ชั่วร้ายมีพฤติกรรมที่เป็นอกุศลหรืออ่อนแอ

ทั้งนี้ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของโรคจิตเภท อาจพบได้หลากหลายปัจจัย ซึ่งปัจจัยแต่ละด้านจะมีความรุนแรงในการกระตุ้นให้เกิดโรคได้แตกต่างกัน

1.5 การดำเนินโรค

สมภพ เรื่องตระกูล. (2549: 208) ได้สรุปการดำเนินโรคจิตเภท พบว่าอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยเมื่อเริ่มเป็นโรคครั้งแรกในผู้ชายเท่ากับอายุ 20 กลางๆ และในผู้หญิง 20 ตอนปลาย ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการนำมาก่อน เช่น แยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนหรือการทำงาน ไม่ดูแลสุขอนามัย แต่งตัวสกปรก มีพฤติกรรมผิดปกติหรือแสดงอารมณ์โกรธอย่างรุนแรง ญาติพี่น้องจะสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากคนเดิม ในที่สุดผู้ป่วยจะแสดงอาการของโรคชัดเจน เช่น อาการหูแว่วและอาการหลงผิด การดำเนินโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกเป็นตามเกณฑ์ระยะของโรค (stage of illness) 5 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะก่อนป่วย

(premorbid) 2. ระยะอาการนำ (prodromal) 3. ระยะเกิดโรคครั้งแรก (first episode) 4. ระยะต้น (early – course) และ 5. ระยะเรื้อรัง (chronic phase) ซึ่งการดำเนินโรคในผู้ป่วยแต่ละคนมีความแตกต่างกันมาก บางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนมีอาการเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการของโรคมักทรงหรือทรุดลงตามลำดับ จนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ ในระยะแรกของโรคอาการทางด้านลบมักมีเด่นชัด และในเวลาต่อมาอาการทางด้านบวกจะปรากฏ เมื่อได้รับการรักษาอาการทางด้านบวกจะหมดไป แต่อาการทางด้านลบจะยังคงอยู่ ในบางรายอาการด้านลบเป็นรุนแรงขึ้น

1.6 การบำบัดรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล. 2549: 208 – 209; มาโนช หล่อตระกูล. 2548: 133 -134; ธีระ ลีลานันทกิจ. 2550: 296) พบว่า มีแนวทางการรักษา โรคจิตเภทด้วยยาเป็นหลัก และมีการรักษาร่วมกันวิธีอื่นๆ ควบคู่กัน ดังนี้

1.6.1 การรักษาด้วยยา ยารักษาโรคจิตเป็นยาที่ช่วยลดอาการทางจิตโดยตรง ยากลุ่มนี้จะไปยับยั้งการทำงานของโดปามีน (dopamine) ทำให้ผู้ป่วยสงบลง โดยใช้ยา Antipsychotics รักษาโรคจิตเภทเป็นระยะ ดังดังนี้

1) รักษาอาการเฉียบพลัน – จุดประสงค์ของการให้ยาในระยะนี้ คือ แก้ไขให้พฤติกรรมผู้ป่วยเป็นปกติโดยเร็วที่สุด เป็นการป้องกันอันตรายซึ่งอาจเกิดกับผู้ป่วยหรือผู้อื่น เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง

2) ให้ยาในระยะยาวเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ ผู้ป่วยซึ่งได้รับยารักษาโรคจิตเป็นเวลาไม่นานเพียงพอ มีโอกาสสูงที่จะเป็นซ้ำอีก โดยทั่วไปพบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจะเป็นซ้ำอีกในเวลา 9 - 12 เดือนหลังจากหยุดยา ในขณะที่ผู้ซึ่งยังคงรับประทานยาอยู่มีโอกาสเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 10 - 30 การรักษาในระยะนี้ถือว่าได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีปัจจัย 3 ประการ ดังนี้ 1) ให้ยาขนาดน้อย 2) ป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และ 3) สามารถรักษาอาการของโรคทางจิตเวชที่พบร่วมไปด้วยได้

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT) ยังกล่าวถึง การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง

1.6.3 การรักษาด้านจิตสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมพบการรักษาในกลุ่มนี้มีมากมายหลากหลายวิธี สามารถสรุปแยกประเภท ได้แก่ จิตบำบัด ครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัด และนิเวศน์บำบัด ได้อธิบายเกี่ยวกับการรักษาจิตสังคม ว่าเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขาและสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงแค่ผู้รักษาโรคเท่านั้น ซึ่งการดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่

1) จิตบำบัด ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดระดับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำกลับไปปฏิบัติ โดยมีหลักการดังนี้ ส่งเสริมให้กำลังใจ อธิบายให้ผู้ป่วยทราบแนวทางการรักษาและรับประทายาครบตามกำหนด แนะนำแนวทางแก่ผู้ป่วยในการแก้ไขปัญหาด้านจิตใจและให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมดีขึ้น

2) กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาคำแนะนำแก่กัน ผูกทักชะสังคัม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

3) นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

4) ครอบครัวบำบัด เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง ขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจทำกิจกรรมใดๆ รวมทั้งขาดมนุษยสัมพันธ์และแยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ดังนั้นจึงเป็นภาระของครอบครัว การให้โอกาสระบายความทุกข์ใจ แสดงความเห็นใจเพื่อที่จะช่วยให้ญาติได้มีโอกาสระบายความทุกข์ใจที่จะช่วยให้ญาติได้ผ่อนคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการช่วยเหลือบำบัดครอบครัวให้ดำเนินไปในด้านบวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการสงบได้นานขึ้นลดอัตราการกำเริบซ้ำ และเพิ่มศักยภาพของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

สรุป โรคจิตเภทเป็นโรคที่มักมีอาการเรื้อรัง ดังนั้นการรักษาและดูแลเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ การจึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และควรมีวิธีการที่ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งรวมทั้งมิติด้านจิตสังคัมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ที่มิพบทบาทต่อผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งเป็นแพทย์จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และญาติผู้ป่วย เป็นต้น

1.7 การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.7.1 ความหมาย “ผู้ดูแล”

“ผู้ดูแล” หมายถึง ผู้ที่ให้การช่วยเหลือหรือดูแลที่กระทำโดยตรง หรือโดยอ้อมต่อบุคคลอื่น โดยผู้รับการดูแลต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะจากแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539: 86 อ้างอิงจาก มยุรี กลั้ววงษ์. 2552: 36) เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือและรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำพบทบาทของผู้ดูแลจึงเป็นอีกหน้าที่หนึ่งในการเอื้อต่อการรักษาโรคได้เป็นอย่างดี

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในระยะให้ยาในระยะยาวเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องไม่ต่ำกว่า 6 เดือน โดยผู้ดูแลดังกล่าวเป็นบุคคลที่ทำการช่วยเหลือ ดูแลผู้ป่วย ณ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วยเอง

1.7.2 พฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ดังนั้นการดูแลรักษาที่สำคัญคือ การป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ซึ่งชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี และคณะ (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี และคณะ. 2531 อ้างอิงจาก มยุรี กลั้ววงศ์. 2552: 42) ได้อธิบายวิธีปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้ดังนี้

- 1) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ
- 2) หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์ต่างๆ ในครอบครัว อารมณ์ในที่นี้หมายถึง อารมณ์โกรธ เกลียด ก้าวร้าว รวมไปถึงความรู้สึกหงุดหงิดที่มากเกินไป
- 3) ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และหากผู้ป่วยยังพอฟังเข้าใจได้ ญาติควรพูดคุยและอธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยา
- 4) ในกรณีที่ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายตนเอง หรือทำลายทรัพย์สิน ญาติควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์
- 5) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า เจื้อยชาและแยกตัว ไม่เข้าสังคม โดยที่เป็นอาการของการเจ็บป่วยการกระตุ้นให้หายเจื้อยชานั้น อาจให้ผู้ป่วยทำงาน โดยเริ่มจากงานที่ง่ายๆ ก่อน เช่น ให้อาบน้ำที่นอนของตนเอง ช่วยทำงานบ้านง่ายๆ ภู่าน ล้างชาม งานนั้นควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยจะทำสำเร็จได้โดยไม่เครียดมากเกินไป
- 6) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลกๆ เช่น พูดหัวเราะคนเดียว ถ้าไม่บ่อยหรือไม่มาก ญาติอาจเพิกเฉยไม่ต้องตอบผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้รักษาทราบ ข้อควรระวังคือ ญาติไม่ควรแสดงความโกรธ ตำหนิ หรือดูว่าผู้ป่วยอย่างรุนแรง
- 7) ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ถึงแม้จะไม่รุนแรงและไม่อันตราย ญาติอาจเพิกเฉยไม่ได้ ควรถามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดเช่นนั้น ญาติอาจลองอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจให้ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่รับฟังเลยหรือโกรธ แสดงว่ายังไม่เข้าใจที่จะพูดกับผู้ป่วยในเรื่องนี้ ญาติควรรับฟังเฉยๆ ก่อนและบอกอาการดังกล่าวให้แพทย์ทราบ ถ้าอาการหลงผิดมีลักษณะที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์โดยด่วน

1.7.3 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

วันเพ็ญ ยืนยงแสน (2545: 13 - 15) ได้สรุปผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมไว้ทั้งหมด 6 ด้านไว้ด้วยกัน คือ 1) ด้านร่างกาย ทำให้ผู้ดูแลทุ้มเท

ร่างกาย และแรงใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ จนสุขภาพของตนเองทรุดโทรม 2) ด้านจิตใจ ที่ต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจหลายๆ ด้าน จะรู้สึกเครียด กังวลและมีอาการซึมเศร้า และมีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต 3) ด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล ผู้ดูแลจำนวนมากมีชีวิตอยู่กับสภาพจิตใจที่บอบช้ำ ดึงเครียดตลอดเวลา 4) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ระดับความเป็นอิสระของบุคคลลดลง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องดูแล ไม่สามารถที่จะกำหนดเวลาที่จะดูแลได้แน่นอน ขึ้นอยู่กับอาการผู้ป่วย 5) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เนื่องจากปัญหาด้านต่างๆ ดังกล่าว ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยต้องมีภาระในการดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมดังที่เคยปฏิบัติ คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมบกพร่องไปอย่างมาก ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ดูแล และทำให้วิถีชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป ความสัมพันธ์กับเพื่อนและการทำกิจกรรมในชุมชนลดลง เนื่องจากไม่มีเวลาต้องดูแล และอยู่กับผู้ป่วย การมีกิจกรรมเพื่อการพักผ่อนต้องลดลง และ 6) ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆ ลดลง

นับได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคจิตเวช ที่เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบมากมาย รวมด้วยกัน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล 4) ระดับความเป็นอิสระ 5) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 6) ด้านเศรษฐกิจ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการทำวิจัย หรือช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

2. ความเหนื่อยหน่าย (Burnout)

2.1 ความหมายของความเหนื่อยหน่าย (Burnout)

ฟรอยเดนเบอร์เกอร์ (Freudenberger, 1974) จิตแพทย์ผู้ริเริ่มการให้นิยามคำว่า “ความเหนื่อยหน่าย” โดยให้ความหมาย ว่าเป็นความรู้สึกของความล้าและท้อถอย และได้มีการเขียนหนังสือบทความ วารสารและงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง แต่คำจำกัดความและการอธิบายเกี่ยวกับความเหนื่อยหน่ายมีความแตกต่างกัน (Waugh C. Keith; & Michael R. Judd. 2012: online) ต่อมาในปี 1976 จิตแพทย์ซึ่งมีชื่อว่า แมสแลช (Maslach) ได้ให้ความสนใจในบุคคลที่ทำงานด้านบริการ โดยให้ความสำคัญกับ คำว่า “Burnout” และได้ศึกษาในกลุ่มทนายในแคลิฟอร์เนียที่มีฐานะยากจนโดยให้นิยามคำว่า “Burnout” ว่า หมายถึงกระบวนการที่มีความอ่อนล้าเกิดขึ้นอย่างช้า ๆ ไม่อยากพบปะผู้คน สูญเสียความผูกพันระหว่างเพื่อนร่วมงาน (Schbracq. 1996: 311 - 312 อ้างอิงจาก ปวีณนุช งามวงศ์. 2548 : 8) สำหรับภาวะเหนื่อยหน่ายเป็นภาวะที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะภาวะที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่าน ดังนี้

ฟรอยเดนเบอร์เกอร์ (Freudenberger, 1974; อ้างอิงจาก Lynch. 2007 อ้างใน ปรเมศวร์ ธรรมชาติปริญญา. 2553: 13) ให้นิยามความหมายของความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของ

อาสาสมัครดูแลสุขภาพของเด็กติดยาเสพติด ว่าเป็นอาการท้อถอยหรือไม่พอใจในการทำงานที่ไม่ได้ก่อให้เกิดผลตามที่คาดหวัง

แมสแลช (Maslach, 2001 อ้างอิงจาก ปรเมศวร์ ธรรมชาติปริญา, 2553: 13) ได้ให้นิยามความเหนื่อยหน่ายในงานว่าคือ อาการทางอารมณ์ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังในการทำงานจนเกิดทัศนคติในแง่ลบต่องานที่ทำและผู้ร่วมงานประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ

1) ความรู้สึกอ่อนล้าในอารมณ์ (Exhaustion) หมายถึง ความรู้สึกท้อแท้ อ่อนล้าหมดแรงกายและแรงใจในการทำงานหรือในการดำรงชีวิต

2) ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล (Cynicism) หมายถึง ความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่องานที่รับผิดชอบและต่อผู้อื่น โดยมองผู้อื่นเป็นเหมือนวัตถุสิ่งของ มีความรู้สึกดูหมิ่นผู้มาใช้บริการ หรือเพื่อนร่วมงาน

3) ความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Reduced personal accomplishment) หมายถึง ความรู้สึกและทัศนคติทางลบต่อตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยความสามารถ ไม่สามารถทำงานให้ประสบความสำเร็จได้

สิระยา สัมมาวาจ (2532: 13) ให้ความหมายของความเหนื่อยหน่ายว่า เป็นกลุ่มอาการที่แสดงออกมาในลักษณะความอ่อนล้าทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรม อันสืบเนื่องมาจากการสนองต่อภาวะเครียดเรื้อรังจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งมักมีในกลุ่มอาชีพที่ทำงานเกี่ยวกับการบริการ โดยเฉพาะบุคลากรในทีมสุขภาพ

เรืองศักดิ์ แสงเจริญ (2547: 58 – 59) ได้สรุปความหมายของความเหนื่อยหน่าย ว่าเป็นอาการที่แสดงออกมาในลักษณะของความอ่อนล้าสิ้นเรี่ยวแรงทั้งทางอารมณ์และจิตใจ เปื่อหน่ายงานที่ทำมาเป็นเวลานาน ต้องการปลีกตัวออกจากสังคม และเห็นว่าตนเองไม่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติงาน

มยุรี กลั้ววงษ์ (2552: 51) ความเหนื่อยหน่าย หมายถึง ปรากฏการณ์ที่บุคคลเกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ รู้สึกช่วยตนเองไม่ได้ หมดหวัง ขาดความสนใจ และขาดความกระตือรือร้นในการทำงานและการดำเนินชีวิต อันเป็นผลมาจากการทำงานมากเกินไป ทำให้บุคคลเกิดความเครียดเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพในการให้บริการ ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง

จากการทบทวนความหมายในบริบทการทำงานพบว่า ความเหนื่อยหน่ายมักเกิดขึ้นกับงานด้านการบริการ ซึ่งเป็นความรู้สึกด้านลบที่มีต่อการทำงาน จึงสรุปความหมายของความเหนื่อยหน่าย ได้ว่า ความเหนื่อยหน่ายเป็นภาวะที่บุคคลเผชิญความเครียดเรื้อรังจึงผลต่อร่างกายหรือจิตใจ ทำให้มีทัศนคติด้านลบต่องานและผู้ร่วมงาน

2.2 อาการของความเหนื่อยหน่าย

อาการของความเหนื่อยหน่ายเป็นอาการ ที่อาจแสดงออกมาได้หลายทาง ทั้งทางร่างกาย และทางจิตใจ ซึ่งอาการแสดงของความเหนื่อยหน่ายในแต่ละระดับตามแนวคิดของ แมสแลช (Maslach) มีอาการดังต่อไปนี้ (Jackson อ้างอิงจาก ศจีมาจ, 2541: 16, Maslach, 2001 อ้างอิงจาก ปรเมศวร์ ธรรมชาติปริญญา, 2553: 13)

- 1) ความรู้สึกอ่อนล้าทางอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกหมดแรงไปกับงาน รู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนล้าหมดแรง รู้สึกท้อแท้ เกิดความคับข้องใจ ไม่ต้องการงานที่เกี่ยวข้องกับบุคคล หมดกำลังใจ
- 2) ความรู้สึกที่ลดความเป็นบุคคล ได้แก่ กลายเป็นคนปราศจากความปรารถนา ปฏิบัติต่อบุคคลเสมือนวัตถุ ไม่สนใจว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับบุคคล รู้สึกว่าตนเองถูกตำหนิจากผู้อื่นเกี่ยวกับปัญหาของเขา ความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่องานที่รับผิดชอบและต่อผู้อื่น
- 3) ความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล ได้แก่ ไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถเข้าใจปัญหาของผู้อื่นหรือไม่เข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น ไม่รู้สึกสนุกกับการทำงาน ความรู้สึกและทัศนคติทางลบต่อตนเอง เกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยความสามารถ ไม่สามารถทำงานให้สำเร็จได้

นอกจากกลุ่มอาการของความเหนื่อยหน่ายข้างต้นแล้ว ยังได้มีการแบ่งกลุ่มอาการของความเหนื่อยหน่ายที่แตกต่างออกไปอีกตามแนวคิดของ มัลดารี (Muldary, 1983: 6 อ้างอิงจาก ปวีณนุช งามวงศ์, 2548: 11) ที่ได้แบ่งกลุ่มอาการของความเหนื่อยหน่าย ที่แสดงออก 3 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านพฤติกรรมโดยมีรายละเอียดดังนี้

- 1) ด้านร่างกาย บุคคลที่มีความเหนื่อยหน่าย จะแสดงอาการเหนื่อยล้าทางร่างกาย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับหรือหากหลับแล้วก็จะไม่อยากลุกจากที่นอน มีกลุ่มอาการของโรคที่ปรากฏทางร่างกายซึ่งเกิดจากความเครียด เช่น ระบบทางเดินอาหารมีปัญหา คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ ปวดศีรษะแบบไมเกรน เป็นหวัดบ่อย ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อ น้ำหนักลดหรือเพิ่มผิดปกติ นิสัยการรับประทานอาหารเปลี่ยนไป

2) ด้านจิตใจ

- 2.1) ด้านความรู้สึก มีความรู้สึกโกรธ คับข้องใจ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า กลัว มีความรู้สึกผิดในใจ เจื้อยซา สิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกไร้ค่าและไม่พอใจ มองผู้อื่นในแง่ร้าย
- 2.2) ด้านทัศนคติ มีความเห็นว่าพฤติกรรมทุกอย่างของมนุษย์เกิดจากความเห็นแก่ตัวและชอบเยาะเย้ยการกระทำทุกอย่าง อยากลาออกจากงาน
- 2.3) ด้านอื่นๆ เช่น สูญเสียความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น ไม่มีสมาธิในการทำงาน ไม่มีศีลธรรมและคุณธรรม อารมณ์เสื่อง่าย เห็นคุณค่าของตนเองลดลง

- 3) ด้านพฤติกรรม บุคคลที่มีความเหนื่อยหน่าย จะมองเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์ลดลง มักจับผิดและตำหนิผู้อื่น พยายามปกป้องตัวเอง แยกตัวออกจากเพื่อนร่วมงาน มองดูนาฬิกาอยู่เสมอ พักรับประทานอาหารว่างบ่อย มักหายตัวไปจากที่ทำงาน มีความขัดแย้งในชีวิต

ครอบครัวและเพื่อนร่วมงานพยายามสร้างอารมณ์ขันเพื่อช่วยผ่อนคลายความเครียด ประสิทธิภาพการทำงานลดลง มีอาการป่วยทางจิต บางรายอาจติดเหล้าหรือยานอนหลับ มีแนวโน้มที่จะคิดฆ่าตัวตาย และมีความผูกพันยึดมั่นกับองค์กรมากหรือน้อยเกินไป

จากการสรุปความหมายของความเหนื่อยหน่ายในข้างต้นกับการศึกษากับองค์ประกอบของความเหนื่อยหน่าย ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงหมายถึง ภาวะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า อ่อนเพลียทางด้านร่างกาย จิตใจ มีเจตคติด้านลบต่อการดูแลผู้ป่วย ขาดความกระตือรือร้นในการดูแลผู้ป่วย และทำให้การดำเนินชีวิต รวมถึงประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง โดยความเหนื่อยหน่ายมีองค์ประกอบสำคัญ 3 องค์ประกอบ คือ 1) ความรู้สึกอ่อนล้าในอารมณ์ หมายถึงผู้ดูแลผู้ป่วยมีความท้อแท้ อ่อนล้าหมดแรง หมดกำลังใจ และเกิดความคับข้องใจในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 2) ความรู้สึกลดความเป็นบุคคล หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะถูกดูถูกหรือตำหนิผู้ป่วย กลายเป็นคนปราศจากความปราณี ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเสมือนวัตถุ ไม่สนใจว่าอะไรจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย มีความรู้สึกและทัศนคติในทางลบต่อการดูแลผู้ป่วย 3) ความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะตำหนิตนเอง คิดว่าตนเองดูแลผู้ป่วยไม่ดีพอ ไม่สามารถเข้าใจปัญหาหรือความรู้สึกของผู้ป่วย

2.3 ผลกระทบจากความเหนื่อยหน่าย

ความเหนื่อยหน่ายเป็นภาวะที่มีความเกี่ยวข้องกับตัวบุคคล และผู้อื่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อกัน ในการศึกษาของ ดร็ิลเลอร์และคณะ (Driller E. et al. 2010) ได้กล่าวถึง ความเหนื่อยหน่ายของแพทย์ ว่า ความเหนื่อยหน่ายทำให้เกิดค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งเนื่องมาจากลดคุณภาพของการดูแลผู้ป่วย (Driller E. et al. 2010 : 605 อ้างใน Shanafelt; et al. 2002) และยังส่งผลทำให้เกิดการขาดงานสูง (Driller E. et al. 2010: 605 อ้างใน Westman; & Etzion, 2001) อีกทั้งการหมุนเวียนของพนักงานมากขึ้น (Driller E. et al. 2010: 605 อ้างอิงจาก Wright & Bonett, 1997) นอกจากนี้ยังมีความเหนื่อยหน่ายอาจเพิ่มอัตราความผิดพลาดทางการแพทย์อีกด้วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยกับผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์ระยะกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งตัวผู้ป่วยเองมักมีพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ อีกทั้งยังมีอาการเรื้อรัง ซึ่งส่งผลต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายกับผู้ดูแล ย่อมเกิดผลกระทบเช่นกัน (ปวีณ์นุช งามวงศ์. 2548: 14 - 15) ดังนี้

1) ผลเสียต่อตัวบุคคล ผลกระทบของความเหนื่อยหน่ายจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล รูปแบบของความเหนื่อยหน่ายที่แสดงออกอาจมีความแตกต่างขึ้นอยู่กับองค์ประกอบส่วนตัว และสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ความเหนื่อยหน่ายที่เกิดขึ้นจะแสดงออกทั้งทางร่างกาย อารมณ์ ความคิด ทัศนคติและพฤติกรรม ได้แก่ ร่างกายอ่อนเพลียท้อแท้ใจ มีทัศนคติด้านลบ ลดความเป็นมนุษย์ และรู้สึกว่าความสามารถส่วนบุคคลของตนเองลดลง ผู้ที่มีภาวะเหนื่อยหน่ายจะมีความอดทนต่อความเครียดหรือความกดดันจากสิ่งแวดล้อมลดลง ได้รับการ

กระทบกระเทือนจิตใจได้ง่าย การรับรู้แคบและมีความสามารถในการแก้ปัญหาลดลง นอกจากนี้แมสแลช (Maslach) ยังได้กล่าวว่า ความเหนื่อยหน่ายในงานยังมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพภายในครอบครัว กล่าวคือมีการทะเลาะเบาะแว้ง ระบายความเครียดกับบุคคลในครอบครัว บางรายหันไปพึ่งยาเสพติดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (Maslach, 1982 อ้างอิงจาก บุญธิดา เทือกสุบรรณ 2550: 11) อีกทั้ง เฟเบอร์ และ มิลเลอร์ (Faber; & Miller, 1981. p.237 อ้างอิงจาก ณรงค์ พิมพา และคณะ 2550: 12) กล่าวว่า ความท้อแท้จะทำให้บุคคลเกิดความหงุดหงิด ฉุนเฉียว โกรธง่าย วิตกกังวล เบื่อหน่าย เซื่องซึม อ่อนเพลีย เจ็บป่วยบ่อยครั้ง

2) ผลเสียต่อสังคม การที่บุคคลมีความเหนื่อยหน่ายเกิดขึ้นนี้จะส่งผลกระทบต่อถึงคุณภาพของงาน ทำให้คุณภาพการทำงานเลวลง เนื่องจากผลของความเครียดเรื้อรังได้เปลี่ยนแปลงทัศนคติไปในทางลบ ขาดความสนใจ ขาดความเมตตา ทำให้ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพกับเพื่อนร่วมงานได้ คนพวกนี้จะขาดแรงจูงใจในการทำงาน ทำงานให้ผ่านไปในแต่ละวันโดยไม่สนใจผลที่จะตามมา พยายามใช้เวลาในการทำงานน้อยลง หันไปใช้เวลาเป็นส่วนตัวมากขึ้น มัลดารี (Mulday. 1983: 43 - 80 อ้างอิงจาก ภรณ์ ใจแก้ว. 2551: 24) ได้เพิ่มเติมอีกว่าผู้ที่ประสบกับความเหนื่อยหน่ายจะมีแนวโน้มที่จะแสดงความโกรธต่อบุคคลอื่น ก่อให้เกิดปัญหากับผู้ร่วมงาน ผู้ป่วยที่ดูแลได้

2.4 การวัดความเหนื่อยหน่าย

การวัดความเหนื่อยหน่ายมีหลายวิธี และมีแบบสอบถามที่หลากหลายแบบวัดได้แก่ Staff Burnout Scale (SBS), Burnout Measure (BM) และ Maslach Burnout Inventory (MBI) (บุญธิดา เทือกสุบรรณ, 2550: 13 - 14 อ้างอิงจาก สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542) แต่แบบวัด Maslach Burnout Inventory (MBI) เป็นแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงานที่สร้างขึ้นโดยแมสแลช และ แจ็คสัน (Maslach; & Jackson, 1981 อ้างอิงจาก มยุรี กลับวงษ์. 2552) ซึ่งแบบวัดนี้มีความเหมาะสมกับการประเมินความเหนื่อยหน่ายในกลุ่มวิชาชีพที่ให้บริการแก่สังคม(มยุรี กลับวงษ์. 2552: 61 อ้างอิงจาก สงวน ลือเกียรติบัณฑิต. 2542 อ้างอิงจาก Maslach; & Jackson. 1981) มีความครอบคลุมกลุ่มอาการ 3 ด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ ได้แก่ ความอ่อนล้าทางอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ การลดความเป็นบุคคลในผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ และการลดความสำเร็จส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

สำหรับในประเทศไทยพบว่าสิระยา สัมมาวาท (2532) ได้นำแบบวัดความเหนื่อยหน่ายในงานของแมสแลช Maslach Burnout Inventory (MBI) มาศึกษาในงานวิจัย โดยแปลเป็นภาษาไทยไปใช้ศึกษาวิจัยความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ ซึ่งมีตัวอย่างของข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 1. ฉันรู้สึกจิตใจห่อเหี่ยวจากการทำงาน

ข้อ 2. ในการทำงานฉันสามารถเผชิญปัญหาทางอารมณ์ได้

ต่อมามยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล จำนวน 375 คน ได้นำเครื่องมือของ สิริยา สัมมาวาท (2532) ที่แปลเป็นภาษาไทยมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทในการวิจัย โดยใช้ทำการศึกษาตัวแปรความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยตรง ซึ่งข้อคำถามมีจำนวน 22 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .85 ประกอบด้วยมิติในการวัด 3 ด้าน คือ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านลดความเป็นบุคคล และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล เครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก “ไม่เลย” ถึง “มากที่สุด” โดยมีตัวอย่างของข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 1. การดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่ ทำให้ฉันจิตใจห่อเหี่ยว

ข้อ 2. ฉันรู้สึกหมดแรงหลังจากดูแลผู้ป่วย

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างนำแบบวัดของ มยุรี กลั้ววงษ์ (2552) มาใช้ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เนื่องจากเครื่องมือมีคุณภาพดี และเพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเช่นกัน ซึ่งก่อนนำไปใช้ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอน

3. ปัจจัยทางจิตกับความเหนื่อยหน่าย

ปัจจัยทางจิตมีหลากหลายปัจจัย สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีความสนใจในตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่าย ประกอบด้วย ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด

3.1 ความเข้มแข็งในการมองโลก กับความเหนื่อยหน่าย

ความเข้มแข็งในการมองโลก (Sense of coherence) เป็นมโนทัศน์ที่สำคัญของทฤษฎีความผาสุกในชีวิตของนักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอิสราเอล โดย แอนโทนอฟสกี (Antonovsky) เป็นผู้ศึกษาค้นพบและวิจัยเกี่ยวกับความเครียด การเผชิญปัญหา และภาวะสุขภาพ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี และมีความผาสุกในชีวิต (ปีติมา ฉายโอภาส 2546: 25) แอนโทนอฟสกี (เบญจมาภรณ์ เสนารัตน์. 2549: 40 - 41; อ้างอิงจาก สมจิต หนูเจริญกุล 2532: 71; อ้างอิงจาก Antonovsky. 1979) ได้กล่าวว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกพัฒนามาตั้งแต่วัยเด็กจากประสบการณ์ต่างๆ ในชีวิตที่ได้รับและจะมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุดในวัยรุ่น ซึ่งเป็นวัยของความรู้สึกสับสนต้องการทดลอง ต้องการเรียนรู้ตนเองและสังคม ไม่สามารถคาดการณ์ต่าง ๆ อย่างเป็นเหตุเป็นผล วัยนี้บุคคลจะเริ่มมีความสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อมต่างๆ มากขึ้น มีประสบการณ์ชีวิต มีหนทางในการเลือกและคิดเพิ่มขึ้น เริ่มพัฒนาความรู้สึกเป็นตัวของตัวเองและความมั่นคงในจิตใจเพิ่มขึ้น จนเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้น บุคคลจะมีการพัฒนาความเข้มแข็งในการมองโลกไปสู่ระดับที่มีความมั่นคงยิ่งขึ้น จนกระทั่งอายุ 30 ปี ซึ่งความแตกต่างของความเข้มแข็งในการมองโลกของบุคคลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ที่แต่ละบุคคลได้รับ การเปลี่ยนแปลงของประสบการณ์

ชีวิตที่เกิดขึ้นอย่างทันทีทันใดในช่วงเวลาอันรวดเร็ว ทำให้บุคคลไม่มีเวลาเตรียมตัว เพื่อหาทางในการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การอพยพ สงคราม การตายของบุคคลอันเป็นที่รัก การสูญเสียงานเหตุการณ์ที่เกิดโดยไม่คาดฝัน จะทำให้เกิดความอ่อนแอของความเข้มแข็งในการมองโลกได้ (Antonovsky. 1982: 187 - 189 อ้างใน เบญจมาภรณ์ เสนารัตน์. 2549: 40 - 41) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงในการเผชิญความเครียด และมีผลต่อความอ่อนแอของความเข้มแข็งในการมองโลก เนื่องด้วยผู้ป่วยมีความบกพร่องในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่ส่งผลต่อการดูแลตนเอง จำเป็นจะต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดำเนินชีวิต

3.1.1 ความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก

แอนโทโนฟสกี (Antonovsky. 1991: 125 อ้างอิงจาก สุวรรณ ก่อสุวรรณ วงศ์. 2550: 11) ได้ให้ความหมายในทัศนคติความสอดคล้องในการมองโลกว่าเป็นการรับรู้โลกอย่างผสมกลมกลืนเป็นการรับรู้โลกทั้งด้านความคิดและอารมณ์มองโลกตามสภาพความเป็นจริง และเชื่อมั่นว่าเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตเกิดจากตนเองและสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่อธิบายได้ คาดการณ์ได้ และสามารถจัดการแก้ไขได้ด้วยตนเอง รวมทั้งสามารถหาแหล่งความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ และรับรู้ว่ามีสิ่งต่างๆ เป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่าควรแก่การใช้พลังที่มีอยู่จัดการให้สำเร็จได้

เยาวลักษณะ กลินโฮม (2540: 6) ให้ความหมายความเข้มแข็งในการมองโลกว่าเป็นลักษณะการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งทำลาย เป็นระบบระเบียบสามารถอธิบายได้ด้วยเหตุผล และสามารถพยากรณ์ล่วงหน้าได้ มองเห็นว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์ที่จะตอบสนองความต้องการที่เกิดจากสิ่งเร้าต่างๆ นั้น สิ่งเร้าเหล่านั้นมีคุณค่าพอที่จะใช้กำลังกายและกำลังสติปัญญาแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้

เบญจมาภรณ์ เสนารัตน์ (2549: 4) กล่าวถึงความเข้มแข็งในการมองโลก คือคุณลักษณะของบุคคลที่รับรู้ถึงสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถจะเผชิญสถานการณ์ควบคุม ทำนายสิ่งที่จะเกิดขึ้น และจัดการสิ่งต่างๆ เหล่านั้น ที่มากระทบทั้งจากภายในบุคคลและภายนอกบุคคลได้ รวมทั้งความเครียดที่เกิดขึ้นมองสิ่งต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตว่าเป็นสิ่งที่มีคุณค่าต่อตนเอง

สรุป ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายความว่า คุณลักษณะของบุคคลในการเผชิญกับสภาวะต่างๆ โดยสามารถรับรู้และประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งทำลาย เป็นความสามารถในการบริหารจัดการดี ที่จะปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรับรู้ว่ามีสิ่งต่างๆ ว่าเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่าในการจัดการให้ประสบความสำเร็จได้ ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกนั้น มีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังที่จะกล่าวต่อไป

3.1.2 องค์ประกอบของความเข้มแข็งในการมองโลก

แอนโทนอฟสกี (1987) ได้ศึกษาว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีองค์ประกอบ 3 ประการ (Antonovsky, 1987: 16 – 17 อ้างอิงจาก รสลิน วิทย์วงศ์กังวาล. 2550: 49 – 50) ดังนี้

1) ความสามารถในการเข้าใจ (Comprehensibility) คือ การที่บุคคลมองสิ่งที่มากระตุ้นหรือกระทบว่าเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้ มีโครงสร้างชัดเจน มากกว่าการที่จะมองว่ามันเป็นสิ่งที่รบกวน สับสน ยุ่งเหยิง ไม่แน่นอน และเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์หรืออธิบายได้ บุคคลที่มีองค์ประกอบนี้สูงจะคาดการณ์ได้ถึงสิ่งที่เขาจะต้องพบในอนาคต หรือถ้าบุคคลพบเหตุการณ์อย่างกะทันหัน บุคคลเหล่านี้ก็จะรู้สึกว่าจะตนสามารถจัดการและอธิบายเหตุผลของสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แต่ไม่ได้หมายความว่าสิ่งที่เกิดขึ้นนั้น จะเป็นสิ่งที่พวกเขาพึงพอใจทั้งหมด ความตาย สงคราม และความล้มเหลว อาจเกิดขึ้นได้แต่บุคคลเหล่านั้นก็จะพยายามทำความเข้าใจกับมันไม่หลีกเลี่ยงปัญหา

แอนโทนอฟสกี กล่าวว่า บุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนที่คงที่ อาศัยอยู่ในหลักแหล่งถิ่นฐานที่แน่นอน และการที่บุคคลได้รับการดูแลอย่างสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมของบุคคลไม่ว่าจะเป็นภายในหรือภายนอก ว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นสิ่งที่คาดการณ์และเข้าใจได้ ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่มั่นคง ไม่มีความแน่นอน เช่น ภาวะสงคราม ก็จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการเข้าใจลดลง

2) ความสามารถในการจัดการ (Manageability) คือ การที่บุคคลมองว่าตนมีวิธีการเพื่อจะนำมาจัดการให้ได้สิ่งที่ตนต้องการ ซึ่งสิ่งที่จะนำมาจัดการนั้นอาจนำมาจากภายในตนเอง เช่น ความเข้าใจ ความมั่นใจ ความหวัง หรือจากแหล่งอื่นๆ เช่น คู่สมรส เพื่อน คนอื่นๆ ที่ไว้ใจได้ บุคคลที่มีองค์ประกอบด้านนี้สูง จะไม่รู้สึกว่าตนตกเป็นเหยื่อของเหตุการณ์ หรือมีความรู้สึกที่ชีวิตตนไม่ยุติธรรม เมื่อเกิดเหตุการณ์ที่ร้ายแรงในชีวิต บุคคลเหล่านี้จะพยายามปรับตัวให้อยู่ได้ โดยจะไม่มัวเศร้ากับเหตุการณ์นั้น

ดังนั้นเป็นผลให้บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะเลือกวิธีที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการแก้ปัญหาและใช้วิธีแบบเผชิญหน้ากับปัญหา ไม่หลีกเลี่ยงปัญหาในทางกลับกัน บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ จะปล่อยตนไปตามอารมณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมากมาย ในระหว่างที่มีปัญหา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงเป็นบุคคลที่แก้ปัญหาโดยใช้เหตุผลมากกว่าอารมณ์

3) ความสามารถในการเห็นคุณค่า (Meaningfulness) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าเป็นปัญหาหรือความต้องการที่เกิดขึ้นนั้น ตนมีความสามารถและกำลังพอที่จะเข้าไปจัดการโดยมองว่ามันเป็นสิ่งที่ทำหาค่าที่จัดการมากกว่าที่จะมองว่าเป็นปัญหาหรือภาระหนัก ซึ่งไม่ได้หมายความว่าบุคคลที่มีองค์ประกอบนี้สูง จะยินดีในการตายของบุคคลอันเป็นที่รัก แต่หมายความว่าเมื่อมีความยากลำบากเกิดขึ้น แม้จะเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ บุคคลเหล่านี้ก็เต็มใจและมีกำลังใจ ที่จะ

จัดการและพร้อมที่จะค้นหาความหมายจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นและตัดสินใจเลือกทำสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อให้ผ่านความยากลำบากนั้นไปได้ดีที่สุด นอกจากนี้ การเห็นคุณค่าความหมาย จะมีความเกี่ยวข้องกับคนที่บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าหรืออย่างน้อยบางส่วนของชีวิตของบุคคลนั้นค้ำค่าที่จะมุ่งมั่นและดำเนินต่อไป

จากการทบทวนความหมายของความเข้มแข็งในการมองโลก และองค์ประกอบต่างๆ ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้ ความเข้มแข็งในการมองโลก หมายถึง คุณลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถเผชิญกับสภาวะต่างๆในการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถรับรู้และประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งทำลาย ความสามารถจัดการแก้ไขปัญหา เพื่อปรับตัวต่อปัญหาที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่าต่อตัวของผู้ดูแลและผู้ป่วยเช่นกัน ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกนั้น มีองค์ประกอบ 3 ประการ ดังนี้ 1) ความสามารถในการเข้าใจ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการรับรู้และประเมินได้ว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ทำลาย สามารถคาดการณ์ได้ว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำได้ 2) ความสามารถในการจัดการ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวทางในการดูแลผู้ป่วย และเมื่อผู้ป่วยมีอาการที่ไม่พึงประสงค์ ผู้ดูแลพยายามหาวิธีในการรักษาที่ถูกต้อง ไม่ละเลยหรือหลีกเลี่ยงปัญหา 3) ความสามารถในการเห็นคุณค่า หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย โดยที่ตนเองมีความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วย เมื่อสามารถดูแลผู้ป่วยให้มีอาการสงบ สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ตามศักยภาพ ผู้ดูแลมีความรู้สึกว่ามีคุณค่าที่ได้ช่วยเหลือผู้ป่วย

3.1.3 การวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

การประเมินความเข้มแข็งในการมองโลกนั้น แอนโทนอฟสกี ได้พัฒนาแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก The Sense of Coherence Questionnaire: [SOC Questionnaire] ขึ้นในปี ค.ศ. 1987 ซึ่งได้จากการวิจัยเชิงสำรวจกับกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในภาวะปกติ และกลุ่มตัวอย่างที่มีเหตุการณ์บางอย่างเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ได้รับความเจ็บรุนแรง มีความพิการ สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักมีปัญหาทางเศรษฐกิจ แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบจำนวน 29 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน เป็นข้อความวัดความสามารถในการทำความเข้าใจ (comprehensibility) 11 ข้อ วัดความสามารถในการบริหารจัดการ (manageability) 10 ข้อ และวัดความสามารถในการให้ความหมาย(meaningfulness) 8 ข้อ ซึ่งผ่านการหาความตรงของเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความเชื่อมั่นในประเทศต่างๆ จากรายงานวิจัย 26 เรื่องได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ระหว่าง 0.82 - 0.95 แสดงให้เห็นว่าแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสอดคล้องภายในสูงในกลุ่มประชากรที่หลากหลายต่างภาษาและต่างวัฒนธรรม (จันทิมา ภูวประภาชาติ, 2549: 30 - 31 อ้างอิงจาก Antonovsky, 1987) แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ได้ถูก

พัฒนาไปใช้ในหลายๆ ประเทศ น้อยกว่า 32 ประเทศ (Collingwood, 2006) เครื่องมือวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก “น้อยที่สุด” ถึง “มากที่สุด”

สำหรับประเทศไทย สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) ได้แปลแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1987) เป็นภาษาไทย แล้วนำไปหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นพยาบาลประจำการจำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.85 และในกลุ่มอาจารย์พยาบาล ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา 0.90 และมีการนำมาใช้ในวงการสุขภาพ ต่อมา เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณค่าชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช และได้้นำแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกของแอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky, 1987) ฉบับภาษาไทยที่สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532) อ้างอิงจาก มยุรี กลั้ววงษ์. 2552) ได้แปลไว้มาใช้ในกลุ่มสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช โดยมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 90 คน โดยแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกมีจำนวนทั้งหมด 29 ข้อ ประกอบด้วยข้อความทางบวก 16 ข้อ และข้อความทางลบ 13 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ (1 – 7 คะแนน) น้อยที่สุด ถึง มากที่สุด นอกจากนี้ สมจิต หนูเจริญกุล และ จันทนา ตชะคฤห (2540) อ้างอิง ปิติมา ฉายโอภาส, 2546) ยังแปลแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับย่อ (Short version) ของ Antonovsky (1987) แปลเป็นภาษาไทยอีกด้วย ซึ่งได้นำไปใช้ในผู้ป่วยกลุ้มเนื้อหัวใจตาย และหาความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.77 โดยแบบวัดนี้มีข้อคำถาม 13 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 8 ข้อคือ 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 13 และข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ คือ 1, 2, 3, 7, 10 เครื่องมือวัดแบบประเภทมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” สำหรับตัวอย่างแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ฉบับ 29 ข้อ มีข้อคำถาม ดังนี้

ข้อ 1. เมื่อท่านพูดคุยกับบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกบ้างหรือไม่ว่าคนอื่นไม่เข้าใจท่าน

ข้อ 2. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อท่านต้องทำอะไรก็ตามที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกอย่างไร

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกจำนวน 29 ข้อ ที่สมจิต หนูเจริญกุล (2532) อ้างอิงจาก มยุรี กลั้ววงษ์. 2552) ได้แปลไว้ใช้เนื่องจากเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ และยังคงเคยใช้ศึกษากับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชอีกด้วย

3.1.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งในการมองโลกกับความเหนื่อยหน่าย

กังสดาล สุทธิวิริสวรรณ (2535) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาล

ทั่วไป สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาคภาคเหนือ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 146 คน พบว่า มีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง มีความเข้มแข็งด้านการลดความเป็นบุคคลและการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ และความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน

ปีเตอร์ อีดี โลเวียร์ และคณะ (2010) ศึกษาความเหนื่อยหน่ายและความเข้มแข็งในการมองโลก ของบริษัทที่อยู่อาศัย ตัวแทนนายหน้าอสังหาริมทรัพย์ โดยกลุ่มตัวอย่างจาก 305 บริษัทในออสเตรเลียตะวันตก พบว่าความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ การลดความเป็นบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก และสำหรับการลดความสำเร็จส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก

สรุปจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานของงานวิจัยครั้งนี้ว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถทำนายภาวะเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

3.2 ความเครียดกับความเหนื่อยหน่าย

นอกจากความเข้มแข็งในการมองโลกที่เป็นปัจจัยทางจิตที่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายแล้ว สำหรับตัวแปรความเครียดเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยตรง เนื่องจากภาวะในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นภาวะที่ป่วยเรื้อรัง และมีความบกพร่องด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอีกด้วย

3.2.1 ความหมายของความเครียด

ลาซารัส (กมลมาลย์ อุปพันธ์, 2551: 11; อ้างอิงจาก Lazarus, 1971) กล่าวว่า ความเครียด หมายถึงภาวะชั่วคราวของความไม่สมดุล ซึ่งเกิดจากกระบวนการการรับรู้ หรือการประเมินของบุคคลต่อสิ่งที่เข้ามาในประสบการณ์ว่าสิ่งนั้นเป็นสิ่งคุกคาม (Threat) โดยที่การรับรู้ หรือการประเมินนี้เป็นผลจากการกระทำร่วมกันของสภาพแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ สิ่งแวดล้อมในสังคม ในการทำงาน ในธรรมชาติและเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตกับปัจจัยภายในของบุคคล อันประกอบด้วยทัศนคติ ลักษณะประจำตัว อารมณ์ ประสบการณ์ในอดีต ตลอดจนความต้องการของบุคคลนั้น

พาล์มเมอร์ (1989: online) ให้ความหมายความเครียดไว้ว่าความเครียดเป็นการกระบวนการตอบสนองทางจิตวิทยา, สรีรวิทยา และพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยเมื่อบุคคลรับรู้จากการขาดความสมดุลระหว่างความต้องการและความสามารถในการตอบสนองความต้องการนั้น ซึ่งนำไปสู่การเจ็บป่วย

กรมสุขภาพจิต (2541: 11) อธิบายถึงความเครียดว่า เป็นปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกาย จิตใจ ความคิด และพฤติกรรมของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอก ซึ่งอาจเป็นบุคคล ความรู้สึกนึกคิด สถานการณ์หรือสิ่งแวดล้อม โดยบุคคลจะรับรู้ว่าเป็นภาวะที่กดดัน คุกคาม บีบคั้น ถ้าบุคคลนั้นสามารถปรับตัวและมีความพึงพอใจจะทำให้เกิดการตื่นตัว เกิดพลังในการจัดการกับสิ่งต่าง ๆ อีกทั้งเป็นการเสริมความแข็งแรงทางร่างกายและจิตใจ แต่ถ้าไม่มีความพึงพอใจและไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด ซึ่งส่งผลให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิต ในสังคมได้

จำลอง ดิษยวณิช (2545: 7) กล่าวว่า ความเครียดหมายถึง สิ่งที่ต้องการ (Demand) ที่มีผลต่ออินทรีย์เพื่อก่อให้เกิดการปรับตัว (Adaptation) สิ่งที่ต้องการก็คือสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ที่มีผลกระทบต่อคนเรา การปรับตัวที่เป็นผลตามมาทำให้เกิดสภาวะของความตึง (Tension) หรือการคุกคาม (Threat)

จากการทบทวนความหมายของความเครียดในข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงให้ความหมายว่า ความเครียด หมายถึง สภาวะร่างกาย และจิตใจ ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญความกดดันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลและไม่สบายใจ มีอาการทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ ประสาทตึงเครียด ปวดศีรษะเป็นต้น และกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องปรับตัวอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อรับมือกับความตึงเครียด หากไม่สามารถปรับตัวได้ จะทำให้เกิดความเสียสมดุลในการดำเนินชีวิตได้

3.2.2 สาเหตุของความเครียดและปฏิกิริยาตอบสนองความเครียด

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2543: 99 - 100) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็นสาเหตุภายนอกและภายในตัวบุคคล ดังต่อไปนี้

1) สาเหตุจากภายนอกตัวบุคคล ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เป็นกายภาพ สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและมนุษย์สัมพันธ์ และเหตุการณ์ต่างๆ เกิดขึ้นในกระบวนการดำเนินชีวิต

1.1) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวทางกายภาพ ได้แก่ สภาพความร้อนหนาวของอากาศ อากาศที่หนาวเกินไปหรือร้อนเกินไปทำให้ร่างกายไม่สบาย การขาดแคลนปัจจัยที่จำเป็นในการดำรงชีวิต เช่น อาหาร น้ำ เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และยารักษาโรค เป็นต้น

1.2) สังคมและสัมพันธภาพกับคนอื่น ได้แก่ ความไม่ปรองดองกันของบุคคลในครอบครัว การทะเลาะเบาะแว้งและการโต้เถียงกัน การอิจฉากันเป็นต้นเหตุของการมี

จิตใจไม่สงบ สภาพความเป็นอยู่ที่แออัดทำให้เกิดปัญหาต่างๆ อันเป็นต้นเหตุแห่งความเครียด เช่น การทะเลาะวิวาท การใช้คำพูดเสียดสีกัน การแก่งแย่งชิงดีกัน การขาดเพื่อน ต้องอยู่คนเดียวอย่างโดดเดี่ยวก็ทำให้เกิดภาวะเครียด เป็นต้น

1.3) สภาพการณ์และเหตุการณ์อื่นๆในชีวิต ได้แก่ การได้รับบาดเจ็บ ความเจ็บป่วย การสูญเสีย เช่น สูญเสียอวัยวะ บุคคลอันเป็นที่รัก และสถานภาพทางสังคม (การถูกไล่ออกจากงาน การเกษียณอายุ) เป็นต้น

นอกจากนี้ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความชื่นชมยินดี เป็นต้นว่า การแต่งงาน การมีบุตร การขึ้นบ้านใหม่ การสร้างครอบครัวใหม่ การเลื่อนตำแหน่งหน้าที่การงาน การเข้าทำงานใหม่ ก็เป็นเหตุการณ์ที่เป็นสาเหตุของภาวะเครียดได้เช่นกัน เหตุการณ์ต่างๆ เหล่านี้ทำให้บุคคลต้องมีการปรับตัวและการปรับตัวนั้นหากไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้เกิดความเครียดอย่างรุนแรงได้

2) สาเหตุจากภายในตัวบุคคล ได้แก่ โครงสร้างของร่างกาย และสภาวะทางสรีระวิทยา ระดับพัฒนาการและการรับรู้ของบุคคล

2.1) โครงสร้างของร่างกายและสภาวะทางสรีระวิทยา โครงสร้างของร่างกายเป็นส่วนที่ได้รับการถ่ายทอดจากบรรพบุรุษ บางคนรับเอาส่วนที่ดีของพ่อแม่มาทำให้มีโครงสร้างร่างกายที่สมบูรณ์และมีสุขภาพดี บางคนรับเอาส่วนด้อยพ่อแม่ ทำให้ร่างกายเติบโตอย่างไม่สมบูรณ์ เกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย ความสามารถที่ซ่อนแฝงอยู่มีน้อยทำให้การแก้ปัญหาทำได้ไม่ดีนัก ทนทานต่อสภาวะความเครียดได้ไม่ดี นอกจากนี้ การเปลี่ยนแปลงวัยก็ก่อให้เกิดความเครียดได้เช่นกัน

2.2) ระดับพัฒนาการระดับพัฒนาการทางจิตใจ อารมณ์ มีผลต่อการรับรู้และการแปลเหตุการณ์ บุคคลที่มีระดับพัฒนาการที่ไม่ดีทำให้มีการรับรู้เหตุการณ์แบบเด็กๆ ซึ่งยังผลให้ปัญหาไม่ได้รับการแก้ไขก่อให้เกิดความเครียดติดตามมาได้อีก

2.3) การรับรู้และการแปลเหตุการณ์ การที่เราจะมีอารมณ์กลัว โกรธ เกลียด หรือกังวลได้นั้นขึ้นอยู่กับความรู้ และการแปลเหตุการณ์ของเรา การรับรู้จึงเป็นตัวการสำคัญในการที่จะทำให้บุคคลสนองตอบต่อเหตุการณ์ไปในทางที่ดีหรือในทางที่เลวร้าย เหตุการณ์อย่างหนึ่งทำให้คนสองคนรับรู้ได้ไม่เหมือนกันและมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่แตกต่างกัน ทั้งนี้เพราะบุคคลสองคนมีความต้องการขั้นพื้นฐานที่แตกต่าง มีประสบการณ์ชีวิตไม่เหมือนกัน มีความคาดหวัง มีทัศนคติ และการมองโลกที่ไม่เหมือนกัน การรับรู้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ชีวิตเดิม เหตุการณ์ที่น่าตื่นเต้นและท้าทายสำหรับคนหนึ่งอาจทำให้อีกคนรู้สึกกลัว กังวล หรือรู้สึกว้าว

ถูกหมิ่นประมาทในความสามารถ ถูกลบลู่ หรือถูกลดเกียรติ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เก่า และโครงสร้างของบุคลิกภาพที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการรับรู้ของบุคคลนั้นๆ

3.2.3 การวัดความเครียด

ในประเทศไทยกรมสุขภาพจิต ได้พัฒนาแบบวัดความเครียดที่ได้รับความนิยมอยู่ 2 แบบด้วยกัน คือ แบบวัดความเครียดสวนปรุง และแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง

1) แบบวัดความเครียดสวนปรุง (สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ. 2540) เป็นแบบวัดความเครียดที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความเครียด ที่เหมาะสมสำหรับ คนไทย จากกรอบแนวคิดทางด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคมของความเครียด ซึ่งเครื่องมือเท่าที่มีใช้อยู่ขณะนี้ ส่วนใหญ่เป็นแบบวัดบุคลิกภาพ วัดความวิตกกังวล วัดอาการทางกายและจิตที่สัมพันธ์กับความเครียด ดังนั้น เครื่องมือชุดนี้ จึงเหมาะที่จะนำมาใช้เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความเครียดของผู้ที่จะมารับบริการ ทราบที่มาของความเครียด การใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการเกิดความเครียดหรือการปรับตัวรับกับความเครียด และอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ เหมาะจะใช้ในการให้บริการปรึกษาและแนะนำทำการตรวจสอบความตรงทางด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒินำไปทดสอบกับ กลุ่มตัวอย่าง 149 คน แล้วปรับปรุงแบบวัดความเครียด ได้แบบวัดความเครียดจำนวน 102 ข้อ สำหรับการหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามสภาพ (Concurrent Validity) ในกลุ่มตัวอย่าง 523 คน เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คือค่าความเครียดของกล้ามเนื้อ (Electromyography: EMG) ซึ่งมีความแม่นยำ ตรงตามสภาพมากกว่า 0.27 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่ออิงตามค่า EMG ที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% แบ่งระดับความเครียดของแบบวัดความเครียดที่สร้างซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง และรุนแรง โดยใช้คะแนนปกติที่ (Normalized T-Score) ในการแบ่งโดยอิงตามค่า EMG ที่ใช้เป็นมาตรฐาน มีการปรับให้เครื่องมือมีขนาดเล็กกลงเหลือ 60 ข้อ และ 20 ข้อ พร้อมทั้งหาคุณภาพของแบบวัดที่ได้ โดยใช้สถิติวิเคราะห์ปัจจัย เพื่อสกัดตัวปัจจัยให้เหลือข้อคำถามน้อยลง ทั้งนี้ข้อคำถามที่เหลือจะต้องมีค่าความ เชื่อมั่นครอนบาค (Cronbach's alpha reliability coefficient) มากกว่า 0.7 และยังคงสัมพันธ์กับค่า EMG อย่างมีนัยสำคัญ ตัวอย่างข้อคำถาม มีดังนี้

ข้อ 1 กลัวทำงานผิดพลาด

ข้อ 2 ไปไม่ถึงเป้าหมายที่วางไว้

การให้คะแนนของแบบวัดความเครียดสวนปรุง เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (1 – 5 คะแนน) ดังนี้

ตอบไม่รู้สึกรเครียด	ให้ 1 คะแนน
ตอบเครียดเล็กน้อย	ให้ 2 คะแนน
ตอบเครียดปานกลาง	ให้ 3 คะแนน

ตอบเครียดมาก	ให้ 4 คะแนน
ตอบเครียดมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน
ไม่ตอบ	ให้ 0 คะแนน

การแปลผล แบบวัดความเครียดสวนปรุง ชุด 20 ข้อ มี คะแนนรวมไม่เกิน 100 คะแนน โดยผลรวมที่ได้ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 0 – 24 เครียดน้อย

คะแนน 25 – 42 เครียดปานกลาง

คะแนน 43 – 62 เครียดสูง

คะแนน 63 ขึ้นไป เครียดรุนแรง

2) แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ได้รับการพัฒนาครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2539 ต่อมา ม.ล.สมชาย จักรพันธ์ และคณะ (2541) ได้พัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยโดยการใช้คอมพิวเตอร์ประกอบแบบประเมินความเครียดที่มีคุณภาพเพียงพอในการนำมาใช้คัดกรองบุคคลที่มีความเครียด การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยในการคัดกรอง บุคคลที่มีความเครียด แนวโน้มลักษณะบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับความเครียด รวมทั้งหาแนวทางในการจัดการกับความเครียดและแนวโน้มบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับความเครียด 2) เพื่อทดสอบความถูกต้อง (validity) และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยในการคัดกรองบุคคลที่มีความเครียด โดยมีค่าความไว เท่ากับ 70.4 ค่าความจำเพาะ เท่ากับ 64.6 และค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 แนวโน้มลักษณะบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับความเครียดพบว่ามี 3 ลักษณะ คือแนวโน้มลักษณะบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.65 แนวโน้มลักษณะบุคลิกภาพแบบซึมเศร้า มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.70 และแนวโน้มแบบที่จะเกิดอาการเจ็บป่วยทางร่างกายเมื่อมีความเครียด มีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.79 รวมทั้งได้แนวทางในการจัดการกับความเครียด แนวโน้มลักษณะบุคลิกภาพที่สัมพันธ์กับความเครียด โดยแบบประเมิน มีข้อคำถามที่สามารถจำแนกและชี้ถึงความเครียดได้ 20 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จาก “ไม่เคยเลย” ถึง “เป็นประจำ” ตัวอย่างข้อคำถามมีดังนี้

ข้อ 1 นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ

ข้อ 2 รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ

การให้คะแนนของแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง ให้คะแนน ดังนี้
 ตอบไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน ตอบเป็นครั้งคราว ให้ 1 คะแนน ตอบเป็นบ่อย ๆ ให้ 2 คะแนน และ
 ตอบเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

การแบ่งค่าคะแนนเพื่อชี้บ่งถึงระดับความเครียดได้ดังนี้

0 - 5	คะแนน	อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าปกติอย่างมาก
6 - 17	คะแนน	อยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ
18 - 25	คะแนน	อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย
26 - 29	คะแนน	อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง
30 - 60	คะแนน	อยู่ในระดับเครียดสูงกว่าปกติมาก

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะนำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองมาใช้ในงานวิจัย เนื่องจากมีค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 และมีเนื้อหาที่เข้าใจง่าย

3.2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและภาวะเหนื่อยหน่าย

กานดา อังศรีวงษ์ (2539: บทคัดย่อ) ทำการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความท้อถอยของครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสามัญศึกษา จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสามัญศึกษา จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2536 จำนวน 60 คน พบว่า ความท้อถอยองค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์เป็นบวกกับความเครียด องค์ประกอบด้านอารมณ์ (Md) ด้านอวัยวะ (O) ด้านพฤติกรรมที่แสดงออก (B) และความเครียดรวม 4 ด้าน (To) ส่วนความท้อถอยองค์ประกอบด้านสัมพันธภาพกับบุคคล (DP) มีความสัมพันธ์เป็นบวกกับความเครียดองค์ประกอบด้านพฤติกรรมที่แสดงออก (B) และความเครียดรวม 4 ด้าน (To)

ศศิมาศ ขวัญเมือง (2541: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความพึงพอใจในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามาริบัติ ตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 221 คน พบว่าความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

มยุรี กลั้ววงษ์ (2552: 122) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 375 คน พบว่า การพิจารณาอิทธิพลรวม (Total effects) พบว่า ตัวแปรสาเหตุที่ส่งผลมากที่สุดต่อความเหนื่อยหน่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3 ตัวแรก คือ บุคลิกภาพ สภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย และความเครียด

ฉัฐเชียว เย และคณะ (2010: บทคัดย่อ) ทำการวิจัยเกี่ยวกับความเครียดในการทำงาน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และความเหนื่อยหน่ายในอาชีพของบุรุษ พยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุรุษพยาบาล จำนวน 121 คน พบว่า ความเครียดในงานของบุรุษพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเหนื่อยหน่ายในอาชีพ ($r = .64, P < .001$) และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ

แบบเป็นขั้นตอน พบว่า ความเครียดในการทำงานเป็นตัวทำนายที่สำคัญในการทำนายความเหนื่อยหน่ายในอาชีพอย่างมีนัยสำคัญซึ่งคิดเป็น 45.8 %

ลินดอล มอลลาร์ท และคณะ (2011: บทคัดย่อ) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดและความเหนื่อยหน่ายในงานผดุงครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าของหน้าผดุงครรภ์จำนวน 152 คน พบว่า จำนวนสองในสาม (ร้อยละ 60.7) ของเจ้าหน้าที่มีประสบการณ์ความเครียดระดับปานกลางถึงสูง มีด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ร้อยละ 30.3 ของเจ้าหน้าที่มีความรู้สึกลดความเป็นบุคคล และร้อยละ 30.3 ของเจ้าหน้าที่มีความรู้สึกลดความสำเร็จส่วนบุคคล

ซี ซี, หวัง เอ และเจิน บี (2011: บทคัดย่อ) ได้ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลและความสัมพันธ์กับความเครียดในการประกอบอาชีพ: ภาคตัดขวางในเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 527 คน พบว่า ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีระดับสูง, ด้านลดความเป็นบุคคลมีระดับปานกลาง และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลมีระดับต่ำ และพยาบาลในเชียงใหม่อยู่ในภาวะเหนื่อยหน่ายจากการทำงานในระดับสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเครียดจากการทำงาน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดและความเหนื่อยหน่ายทำการวิจัยในหลายกลุ่มอาชีพและมักเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และความเครียดสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

4. ปัจจัยทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางสังคมที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดความเหนื่อยหน่ายในการทำงาน และพฤติกรรมจัดการปัญหา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลรอบข้างจะช่วยบรรเทาความเครียด และสามารถปรับตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสม (Tilden; & Garylen, 1987: อ้างอิงจาก วราลักษณ์ ปวนสุรินทร์, 2541: 24)

4.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ในการช่วยเหลือโดยตรง หรือการช่วยเหลือทางอ้อม โดยมีนักวิชาการให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคม หลายท่าน ดังนี้

คอบบ์ (Cobb. 1976: 300 อ้างอิงจาก สุวรรณ ก่อสุวรรณวงศ์. 2550: 40) ให้ความหมายว่า หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลที่ทำให้รับรู้ ว่า ตนเองมีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นถึงคุณค่า ยกย่องนับถือ นอกจากนี้ตัวเขาเองยังรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

ทรอท์ส (Troits. 1986: 416 - 423 อ้างอิงจาก ปีติมา ฉายโอภาส. 2546: 32) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลในเครือข่ายของสังคม ได้รับการช่วยเหลือด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร และด้านทรัพยากร ซึ่งการสนับสนุนที่จะช่วยให้บุคคลสามารถเผชิญและตอบสนองต่อความเครียดได้ในระยะเวลาที่รวดเร็วขึ้น

เพนเดอร์ (Pender. 1987: 395 - 400 อ้างอิงจาก ปีติมา ฉายโอภาส. 2546: 32) ให้ความหมายว่า เป็นการที่บุคคลรู้สึกถึงความเป็นเจ้าของการได้รับการยอมรับ ได้รับความรัก รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่นโดยได้รับจากกลุ่มคนในระบบสังคมนั้นๆ เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตอารมณ์ วัสดุ อุปกรณ์ ข่าวสารคำแนะนำ ซึ่งจะทำให้บุคคลสามารถดำรงอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

วันเพ็ญ ยืนยงแสน (2545: 16) ได้สรุปความหมาย การสนับสนุนทางสังคม คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงความช่วยเหลือที่บุคคลได้รับจากเครือข่ายสังคม ทำให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนม มีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เชื่อว่า มีผู้ให้ความรักความเอาใจใส่เห็นคุณค่าและยกย่อง รวมถึงเชื่อว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีความผูกพันซึ่งผู้คนในสังคม และได้รับการส่งเสริม ให้มีการพัฒนาเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมนับว่าเป็นกลไกหนึ่ง ที่ช่วยให้บุคคล จัดการกับปัญหาเมื่อบุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตในบุคคลที่อยู่ในภาวะปกติ

สุวรรณ ก่อสุวรรณวงศ์ (2550: 40) สรุปได้ว่า การสนับสนุนจากสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ สิ่งของ เงินทอง แรงงาน จากเครือข่ายทางสังคมที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้บุคคลนั้นสามารถเผชิญกับปัญหาและตอบสนองต่อปัญหาได้รวดเร็วยิ่งขึ้นทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเองและเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สรุปได้ว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลรับรู้การช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ทั้งทางวัตถุ และจิตใจ ทำให้บุคคลรู้สึกได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งทำให้บุคคลนั้นดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

4.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บุคคลต้องการได้รับ ซึ่งนักวิชาการแบ่งชนิดของการสนับสนุนจากสังคม ที่เป็นการช่วยเหลือในด้านต่างๆ ไว้หลายแนวคิดดังนี้

คอบบ์ (1976: 300 - 301 อ้างอิงจาก ปีติมา ฉายโอภาส. 2546: 33 - 34) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด

1) การสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ (Emotional support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเองได้รับความรัก ความเอาใจใส่ มีความผูกพันและไว้วางใจซึ่งกันและกัน

2) การสนับสนุนด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Esteem support) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น

3) การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially support or Network) เป็นข้อมูลที่ทำให้ทราบว่าตนเป็นสมาชิกส่วนหนึ่งของเครือข่ายทางสังคม และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

เซฟเฟอร์ และคณะ (1981 อ้างอิงจาก ทีปประพิณ สุขเขียว. 2543: 17) อธิบายถึงประเภทของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมว่า จัดแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) เป็นการสนับสนุน ช่วยเหลือที่ทำให้บุคคลมีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ หมายถึง การได้รับความรัก กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ การยอมรับ นับถือ ยอมรับฟังความรู้สึกนึกคิดและเห็นคุณค่า

2) การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำที่ช่วยให้บุคคลสามารถแก้ไขปัญหา และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลได้กระทำแล้ว หมายถึง การที่ผู้ดูแลได้รับข้อมูล ข่าวสารที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของทางการเงิน และการบริการ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้าวของ เครื่องใช้ ที่พักอาศัยการเงิน รวมถึงการช่วยงานต่าง ๆ เช่น จัดหาอาหาร ทำความสะอาดที่พักอาศัย ฯลฯ

ทรอทส์ (1986: 416 - 423 อ้างอิงจาก ปีติมา ฉายโอภาส. 2546: 34) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน

1) การได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์สังคม (Socioemotional aid) หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ การยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

2) การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational aid) หมายถึง การได้รับข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ และข้อมูลป้อนกลับ

3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านภาระงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทอง ทำให้บุคคลที่ได้รับสามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ใช้แนวคิดของ เชฟเฟอร์ และคณะ (1981 อ้างอิงจากทีปประพิณ สุขเขียว. 2543) ที่อธิบายถึง ประเภทของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมว่า จัดแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information support) และ 3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support)

4.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นได้ทั้งสิ่งที่เป็นรูปธรรมและนามธรรม ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมจึงมีความสำคัญที่จะทำให้บุคคลอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมของบุคคล โดยการได้รับการสนับสนุนจากสังคมของบุคคลจะเป็นส่วนช่วยผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และประสบความสำเร็จ (ธัญญา มาต คำมาตา. 2551: 39) การสนับสนุนทางสังคม จึงเป็นสิ่งจำเป็นในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง วันเพ็ญ ยืนยงแสน (2545) ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท ได้กล่าวว่า การดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะรุนแรงและเรื้อรังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจ และจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อผลกระทบจากการดูแลได้อย่างเหมาะสม และในการศึกษาพบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลได้รับมาก ได้แก่ บุคลากรทางด้านสุขภาพ, เพื่อนบ้าน/เพื่อนร่วมงาน, ญาติ และหน่วยบริการที่จัดให้ในชุมชน ตามลำดับ เช่นเดียวกับกับ ศิริรักษา นันทพงษ์ (2542) พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พบมากที่สุด ได้แก่ บุคลากรด้านสุขภาพ

ดังนั้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องความหมายของการสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการช่วยเหลือจากเครือข่ายทางสังคม ทั้งทางด้านอารมณ์ ข่าวสาร และสิ่งของ ทำให้บุคคลรู้สึกได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนมีคุณค่า เป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งทำให้บุคคลนั้นดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม โดยองค์ประกอบของชนิดการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านมีความหมาย ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ หมายถึง การช่วยเหลือที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผูกพัน อบอุ่นใจ มั่นใจ เชื่อถือ และไว้วางใจ การได้รับความรัก กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย เห็นอกเห็นใจ การยอมรับ นับถือ ยอมรับฟังความรู้สึกนึกคิดและเห็นคุณค่าในการดูแลผู้ป่วย 2) การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร หมายถึง การให้คำแนะนำที่ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแก้ไขปัญหาในการดูแล และเป็น

การให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับผลการดูแล รวมถึงข่าวสารที่เป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ หมายถึง ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับความช่วยเหลือทางด้านเครื่องอุปโภค บริโภค ที่พักอาศัย การเงิน เป็นต้น

4.4 การวัดการสนับสนุนทางสังคม

นอร์เบค และคณะ (Norbeck JS. et al.1983) ได้สร้างเครื่องมือวัด ที่เรียกว่า Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ) เพื่อใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคม ใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ด้านการได้รับการยอมรับ และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Norbeck et al., 1983)

แบรนด์ต์ และไวเนอร์ท (Brandt P; & Weinert C. 1985) ได้สร้างเครื่องมือวัด ที่เรียกว่า Personal Resource Questionnaire (PRQ) ตามแนวคิดของ ไวสส์ (Weiss. 1974) แบบประเมินชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือทั้งด้านความเที่ยงตรงตามเนื้อหา และความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's AlphaCoefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.90

ในประเทศไทย มยุรี กลับวงษ์ (2552) ได้ใช้แนวคิดของเซฟเฟอร์ และ ในการสร้างแบบประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการประเมินการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแล ประกอบด้วยกัน 3 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) 2) การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information support) และ 3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) มีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ ความเชื่อมั่นด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค (Cronbach's AlphaCoefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นโดยรวม 0.86 เป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ “ไม่เลย” ถึง “มากที่สุด” โดยมีตัวอย่างดังนี้

ข้อ 1 ฉันมีเพื่อนฝูงมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ

ข้อ 2 มีคนให้ความรู้ฉันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ มยุรี กลับวงษ์ (2552) มาใช้ทำการศึกษาปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับภาวะเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก เนื่องจากแบบวัดดังกล่าวมีคุณภาพภาพเครื่องมือที่ดี และการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งก่อนนำไปใช้ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามขั้นตอน

4.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กังสดาล สุทธิวีธีสรณ์ (2535) ได้ทำการศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค ภาคเหนือ สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 146 คน ผลการวิจัยพบว่า พยาบาลประจำการในหออภิบาลผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ในเขตภาคเหนือมีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง และมีความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความเป็นบุคคลและการลดความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ ความเข้มแข็งในการมองโลกและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ส่วนตัวแปรปัจจัยทางสังคมด้าน อายุ สถานภาพสมรสและระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน และยังพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงสนับสนุนทางสังคม $p < .05$ เมื่อนำตัวแปรความเข้มแข็งในการมองโลกแรงสนับสนุนทางสังคม อายุ สถานภาพสมรส และระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนักเข้าในสมการถดถอยพหุคูณ เพื่อทำนายความเหนื่อยหน่าย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 14.9 แรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านการลดความเป็นบุคคล และการลดความสำเร็จส่วนบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 12.7 และ 12.8 ตามลำดับ และเมื่อนำตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษาในครั้งนี้เข้าในสมการถดถอยเพื่อทำนายความเหนื่อยหน่ายโดยรวม พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายโดยรวมมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ โดยอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 22.4

ลิซา เอส และคณะ (2006) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างงานที่แตกต่างกันกับแหล่งการสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลและผู้ช่วยในสวีเดน โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลและผู้ช่วยจำนวน 1,561 คน ผลการศึกษาพบว่า แหล่งการสนับสนุนทางสังคม 3 ด้านมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพบว่า ผู้ร่วมงานและการสนับสนุนจากผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน ในขณะที่การสนับสนุนของผู้บังคับบัญชาสามารถร่วมกันทำนายความอ่อนล้าทางอารมณ์เพียงอย่างเดียว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายได้ทำการวิจัยในกลุ่มวิชาชีพพยาบาลที่ต้องดูแลผู้ป่วย แต่ยังคงพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยเช่นกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ว่า การสนับสนุน

ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

5. ปัจจัยทางชีวสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

5.1 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากบททบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่นานจะมีความเครียดสูง แต่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานมากขึ้นจะส่งผลให้ความเครียดจะลดลง ซึ่งความเครียดดังกล่าวจะส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วย (มยุรี กลั้ววงษ์, 2552: บทคัดย่อ) และมีงานวิจัยอื่นๆ ที่ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะกับวิชาชีพพยาบาล ซึ่งทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเช่นกัน พบการศึกษาของสิริยา สัมมาวาจ (2532: 48) ที่ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ พบว่า พยาบาลที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 1 - 5 ปี และ 6 - 10 ปี มีความเหนื่อยหน่ายมากกว่าพยาบาลที่ปฏิบัติงานระหว่าง 11 - 15 ปี และ 16 - 20 ปี สอดคล้องกับพัชนี เอมะนาวิน (2536: 65) ที่ศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาล พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 - 5 ปี จะมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมากกว่า 5 - 10 ปี เช่นเดียวกับ พรทิพย์ สุรโยธี ณ ราชสีมา (2537: 79) ที่ศึกษาความเหนื่อยหน่ายจากการทำงานของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานแตกต่างกัน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานแตกต่างกัน โดยพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเหนื่อยหน่ายในการทำงานมากที่สุด และแตกต่างจากกลุ่มพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานกลุ่มอื่นๆ ทุกกลุ่ม ส่วนงานวิจัยของ ศจีมาจ ขวัญเมือง (2541: บทคัดย่อ) ทำการวิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความพึงพอใจในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 221 คน พบว่า อายุงานต่างกันมีความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้านแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสุรีย์พร กุมภากาม (2546: บทคัดย่อ) พบว่าประสบการณ์ทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์

จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมาเป็นตัวแปรทางชีวสังคมในการวิจัยครั้งนี้ โดยตั้งสมมติฐานว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

5.2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอายุกับความเหนื่อยหน่าย ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

อายุเป็นปัจจัยทางชีวสังคมที่สำคัญ เนื่องจากแต่ละช่วงวัยนั้นต่างมีความแตกต่างของภารกิจตามวัยดังที่ อีริค อีริคสัน (Eric H. Erikson, 1902 -1994 อ้างอิงจาก ประณต คำนิม, 2549: 49 - 50) ได้ตั้งทฤษฎีจิตวิทยาสังคม (Psychosocial Theory) จากการดัดแปลงทฤษฎีพัฒนาการทางจิตเพศของ ฟรอยด์ (Freud's Theory of Psychosexual Development) แต่ได้ขยายชั้นพัฒนาการออกไปเป็น 8 ชั้น โดย 5 ชั้นแรกอยู่ในช่วงวัยเด็ก และวัยรุ่น ที่เหลืออีก 3 ชั้นอยู่ในวัยผู้ใหญ่ ในแต่ละชั้นตอนจะมีวิกฤต (Crisis) ซึ่งเป็นข้อขัดแย้งที่มีผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ 2 ลักษณะที่ตรงข้ามกัน คือ ลักษณะทางบวกกับลักษณะทางลบ ภาวะวิกฤตเป็นสิ่งที่ทุกคนต้องพบแต่ต้องได้รับการแก้ไข ถ้าสามารถแก้ไขภาวะวิกฤตหรือข้อขัดแย้งได้จะทำให้เกิดคุณลักษณะที่พึงประสงค์และช่วยส่งเสริมพัฒนาการในขั้นต่อไปให้ประสบความสำเร็จง่ายขึ้น แต่ถ้าไม่สามารถแก้ไขข้อขัดแย้งได้หรือแก้ไขได้ไม่ดีจะทำให้ได้ลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ ที่ก่อให้เกิดบุคลิกภาพที่เป็นปัญหาและขัดขวางความสำเร็จของการแก้ไขข้อขัดแย้งในขั้นต่อไป เว้นเสียแต่บุคคลจะได้รับคำแนะนำและการช่วยเหลือเป็นพิเศษ

ชั้นพัฒนาการทั้ง 8 ชั้น ซึ่งประกอบด้วยข้อขัดแย้ง 8 คู่ มีดังต่อไปนี้

1. 0 – 1 ปี เป็นระยะของการพัฒนาความไว้วางใจ ตรงข้ามกับความไม่ไว้วางใจ (Trust VS Mistrust)
2. 1 – 3 ปี เป็นระยะของการพัฒนาความเป็นตัวของตัวเอง ตรงข้ามกับความละอาย และความสงสัย (Autonomy VS Shame and Doubt)
3. 3 – 6 ปี เป็นระยะของการพัฒนาความคิดริเริ่ม ตรงข้ามกับความรู้สึกผิด (Initiative VS Guilt)
4. 6 – 12 ปี เป็นระยะของการพัฒนาความขยันหมั่นเพียร ตรงข้ามกับการมีปมด้อย (Industry VS Inferiority)
5. 12 – 20 ปี เป็นระยะของการพัฒนาความมีเอกลักษณ์แห่งตน ตรงข้ามกับความสับสนในตนเอง (Identity VS Identity diffusion)

6. 20 – 40 ปี เป็นระยะของการพัฒนาความสนิทสนมหา ตรงข้ามกับการแยกตัว (Intimacy VS Isolation)

7. 40 – 60 ปี เป็นระยะของการพัฒนาความรู้สึกเป็นผู้ให้กำเนิดและสร้างสรรค์ สังคม ตรงข้ามกับความเฉื่อยชา (Generativity VS Stagnation)

8. 60 ปีขึ้นไป เป็นระยะของการพัฒนาความมั่นคงสมบูรณ์ทางจิตใจ ตรงข้ามกับความท้อแท้สิ้นหวัง (Integrity VS Despair)

แมสลาส (Maslach, 1982 อ้างอิงจาก บุญธิดา เทือกสุบรรณ. 2550: 15) ได้กล่าวว่า อายุ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับระดับวุฒิภาวะและประสบการณ์การทำงาน บุคคลที่มีอายุมากจะเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานน้อยกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย และความเหนื่อยหน่ายในงานจะลดต่ำลงเมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น โดยให้เหตุผลว่าบุคคลที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะที่มั่นคง และบุคคลนั้นก็มีประสบการณ์การทำงานในองค์กรนานกว่า ย่อมมีมุมมองของชีวิตกว้างไกลมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะเกิดความเหนื่อยหน่ายในงานได้น้อยกว่าบุคคลที่มีอายุน้อย

แอนโทนอฟสกี (Antonovsky. 1982: 187 – 189 อ้างอิงจาก หัทยา มัทยาท. 2541: 18) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย คนอายุน้อยมีความเหนื่อยหน่ายสูงกว่าคนที่มีอายุมาก ทั้งนี้เนื่องจากอายุจะสะท้อนให้เห็นถึงประสบการณ์การทำงาน คนที่มีอายุมาประสบการณ์มาก มีวุฒิภาวะ สุขุม รู้จักชีวิต สามารถปรับตัวสอดคล้องกับความเป็นจริงได้มากขึ้น โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความเหนื่อยหน่ายน้อยลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริยา สัมมาวาท (2532) ที่ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลประจำการที่มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี จะมีความเหนื่อยหน่ายในงานแต่ละด้านสูงกว่า พยาบาลประจำการที่มีอายุระหว่าง 36 - 45 ปี และ ศัจมาจ ขวัญเมือง (2541) ทำการวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความพึงพอใจในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 221 คน พบว่า อายุที่แตกต่างกันมีความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้ บุญธิดา เทือกสุบรรณ (2550) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในกลุ่มการพยาบาลจาก 9 แผนกผู้ป่วยจำนวน 440 คน พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ มีอำนาจในการทำนายปัจจัยทำนายความเหนื่อยหน่ายในงานของกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชมากที่สุดร้อยละ 7

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตัวแปรด้านอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ผู้วิจัยให้ความสนใจในการศึกษา เนื่องจากพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย โดยตั้งสมมติฐานว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับของความเหนื่อยหน่ายในแต่ละด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วย, ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อีกทั้งศึกษาปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การหาคุณภาพเครื่องมือวัดที่ใช้ในการวิจัย
4. เก็บรวบรวมข้อมูล
5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การกำหนดประชากรและการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 308 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ซึ่งได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดรับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ช่วงเดือนมีนาคม 2556 จำนวน 130 คน ดังนั้นในการวิจัยนี้จะแจก

แบบสอบถามตามรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดรักษาในช่วงเดือนมีนาคม 2556 ทั้งหมด และได้นำฉบับที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 117 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบทดสอบถามแบ่งเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตอนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย

ตอนที่ 3 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

ตอนที่ 4 แบบวัดความเครียด

ตอนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ และเติมตัวเลข ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย ข้อคำถามซึ่งถามถึงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์จนถึงการตอบแบบสอบถาม และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตัวอย่างแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

0. อายุ ปี

00. เพศ ชาย หญิง

000. ระดับการศึกษาสูงสุด

- | | | | |
|--------------------------|------------------|--------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | ไม่ได้เรียน | <input type="checkbox"/> | ประถมศึกษา |
| <input type="checkbox"/> | มัธยมศึกษาตอนต้น | <input type="checkbox"/> | มัธยมศึกษาตอนปลาย |
| <input type="checkbox"/> | ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> | สูงกว่าปริญญาตรี |

0000. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์

จำนวน เดือน ปี

00000. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

- | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | พ่อ,แม่ | <input type="checkbox"/> | คู่สมรส (สามี-ภรรยา) |
| <input type="checkbox"/> | บุตร | <input type="checkbox"/> | พี่ – น้อง |
| <input type="checkbox"/> | อื่นๆ (ระบุ) | | |

0	ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
00	ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของ ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดี ฉันรู้สึกแน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่มี คุณประโยชน์ต่อชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท	.....	.....	.....	.....	.....	.....	.....

เกณฑ์การให้คะแนน

ผู้วิจัยมีเกณฑ์ในการตรวจให้คะแนนดังนี้ คือ ข้อคำถามทางบวก ตอบไม่เคยรู้สึกเลย ให้ 0 คะแนน ตอบรู้สึกน้อยมาก ให้ 1 คะแนน ตอบรู้สึกน้อย ให้ 2 คะแนน ตอบรู้สึกค่อนข้างน้อย ให้ 3 คะแนน ตอบรู้สึกค่อนข้างมาก ให้ 4 คะแนน ตอบรู้สึกมาก ให้ 5 คะแนน และตอบรู้สึกทุกๆ วัน ให้ 6 คะแนน ถ้าข้อคำถามทางลบให้คะแนนกลับกัน โดยผู้ที่ตอบได้คะแนนจากแบบสอบถามมากกว่าแสดงว่าเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเหนื่อยหน่ายมากกว่าผู้ตอบที่ได้คะแนนน้อย ซึ่งมีเกณฑ์ความเหนื่อยหน่าย (วรภรณ์ จรูญประสิทธิ์พร. 2547) ดังนี้

ความเหนื่อยหน่าย	ระดับต่ำ (คะแนน)	ระดับปานกลาง (คะแนน)	ระดับสูง (คะแนน)
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	0 - 16	17 - 26	27 ขึ้นไป
ด้านลดความเป็นบุคคล	0 - 6	7 - 12	13 ขึ้นไป
ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล	0 - 31	32 - 38	39 ขึ้นไป

ตอนที่ 3 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยนำมาจาก สมจิต หนูเจริญกุล และคณะ (2532 อ้างอิงจาก ปิติมา ฉายโอภาส. 2546) ได้แปลแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (The Sense of Coherence Questionnaire: SOC Questionnaire) ของ แอนโทนอนอฟสกี (Antonovsky. 1987) เป็นภาษาไทย ลักษณะแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก มีจำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความสามารถในการทำความเข้าใจ, ด้านความสามารถในการจัดการ และด้านความสามารถในการเห็นคุณค่า แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่าของออสกู๊ด (Osgood) 7 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยได้คัดเลือกไว้ใช้จริงจำนวน 24 ข้อ โดยมีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .33 - .87 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ตัวอย่าง ข้อคำถามแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

0. เมื่อท่านพูดคุยกับบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกบ้างหรือไม่ว่าคนอื่นไม่เข้าใจท่าน

1 2 3 4 5 6 7

ไม่เคยรู้สึกเลย

มักรู้สึกเช่นนี้

เสมอ

00. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อท่านต้องทำสิ่งใดก็ตามที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกอย่างไร

1 2 3 4 5 6 7

ทำไม่สำเร็จ

ทำสำเร็จ

อย่างแน่นอน

อย่างแน่นอน

000. นอกจากญาติหรือเพื่อนสนิทแล้ว ขอให้ท่านนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่ออยู่ในชีวิตประจำวันว่า ท่านรู้จักเขาเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด

1 2 3 4 5 6 7

รู้สึกว่าพวกเขา
เป็นคนแปลกหน้า

รู้จักพวกเขา
เหล่านั้นเป็น

อย่างดี

เกณฑ์การให้คะแนน

เกณฑ์ในการตรวจให้คะแนนดังนี้ คือ ให้คะแนนเรียงตามลำดับ 1 – 7 ตำแหน่ง 1 และ 7 จะมีความหมายในลักษณะตรงกันข้าม ส่วน 2 – 6 จะบ่งชี้ความน้อยหรือมากของความรู้สึกนึกคิด โดยอาศัยข้อความในตำแหน่ง 1 ถึง 7 เป็นหลัก โดยเลข 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยมากที่สุด และ 7 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด

ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 24 – 168 คะแนน โดยผู้วิจัยได้สร้างเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนรวมของความเข้มแข็งในการมองโลก แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

24 – 71	คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับต่ำ
72 – 119	คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับปานกลาง
120 – 168	คะแนน หมายถึง มีความเข้มแข็งในการมองโลกระดับสูง

ตอนที่ 4 แบบวัดความเครียด เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดย ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ และคณะ (2541) สร้างขึ้น จำนวน 20 ข้อ ซึ่งเป็นแบบวัดมาตรฐาน ผู้วิจัยจึงนำมาใช้ในการวิจัยเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert) 4 ระดับ จาก “ไม่เคยเลย” ถึง “เป็นประจำ” โดยในการวิจัยครั้งนี้มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .31 - .72 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ตัวอย่าง ข้อคำถามแบบวัดความเครียด

ข้อที่	ข้อความ	ระดับอาการ			
		ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
0	นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ	.....	.....	.....	.....
00	รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ	.....	.....	.....	.....
000	ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสาทตึงเครียด	.....	.....	.....	.....

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบวัดความเครียด มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบไม่เคยเลย ให้ 0 คะแนน ตอบเป็นครั้งคราว ให้ 1 คะแนน ตอบเป็นบ่อยๆ ให้ 2 คะแนน และตอบเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน

สามารถแปลผลระดับความเครียด (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2542) ตามความหมายต่อไปนี้

ระดับคะแนน	0 - 5	ความเครียดอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ปกติอย่างมาก
ระดับคะแนน	6 - 17	ความเครียดอยู่ในระดับเกณฑ์ปกติ
ระดับคะแนน	18 - 25	ความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย
ระดับคะแนน	26 - 29	ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
ระดับคะแนน	30 - 60	ความเครียดอยู่ในระดับสูงกว่าปกติมาก

ตอนที่ 5 แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม การวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ในการศึกษาที่ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ของมยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ตามแนวคิดของ เซฟเฟอร์ และคณะ (1981) ที่อธิบายถึง ประเภทของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมว่า จัดแบ่งออกเป็น 3 ด้าน (มยุรี กลั้ววงษ์. 2552 อ้างอิงจาก ทีปประพิณ สุขเขียว. 2543 อ้างอิงจาก Schaefer et al.1981) คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 2, 3, และ 4, 2) การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร (Information support) จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 11, 12 ,13 และ 14, 3) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Tangible support) จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ 1, 5, 6, 7, 8, 9 และ 10

แบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม เป็นเครื่องมือวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert) 5 ระดับ “ไม่เลย” ถึง “มากที่สุด” มีค่าอำนาจจำแนกรายข้ออยู่ระหว่าง .42 - .83 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

ตัวอย่าง ข้อคำถามแบบวัดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม

ข้อที่	ข้อความ	ระดับการรับรู้				
		น้อย มาก	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
	<u>ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์</u>					
0	มีคนรอบข้างชมบางคนชมเชยฉันในเรื่อง	.....	.....	.....	.....	.....
	การดูแลผู้ป่วย					
00	มีคนรอบข้างเห็นว่าฉันเป็นผู้เสียสละใน	.....	.....	.....	.....	.....
	การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย					
	<u>ด้านการสนับสนุนข่าวสาร</u>					
0	มีคนให้ความรู้ฉันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	.....	.....	.....	.....	.....
00	ฉันมีคนคอยแนะนำหรือเสนอแนะแนวทาง	.....	.....	.....	.....	.....
	ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย					
	<u>ด้านการสนับสนุนสิ่งของ</u>					
0	คนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่	.....	.....	.....	.....	.....
	จำเป็นมาให้ฉันใช้ได้					
00	ฉันมีคนที่สามารถพึ่งพาทางการเงินได้	.....	.....	.....	.....	.....

เกณฑ์การให้คะแนน

แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ตอบน้อยมาก ให้ 1 คะแนน ตอบน้อย ให้ 2 คะแนน ตอบปานกลาง ให้ 3 คะแนน ตอบมาก ให้ 4 คะแนน และมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้คะแนนการสนับสนุนทางสังคมมากกว่า แสดงว่าเป็นผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าผู้ดูแลที่ได้คะแนนน้อยกว่า

ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 14 - 70 คะแนน โดยผู้วิจัยได้สร้างเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนรวมของการสนับสนุน 3 ระดับ ดังนี้

14 – 31	คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนระดับต่ำ
32 – 50	คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนระดับปานกลาง
51 – 70	คะแนน หมายถึง มีการสนับสนุนระดับสูง

การหาคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแบบวัดของตัวแปรต่าง ๆ ที่เคยมีผู้ศึกษาไว้แล้วมาใช้ แต่ได้ทำการหาคุณภาพเครื่องมือให้เหมาะสมในการวิจัยครั้งนี้ สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ศึกษาตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัย รวมทั้งตัวอย่างเครื่องมือแบบวัดต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่ต้องการศึกษา เพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
2. กำหนดนิยามปฏิบัติการของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแต่ละตัวแปร
3. ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สอด จ.ตาก จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลชุมชนเขตอุดมศักดิ์ จ.ชุมพร จำนวน 15 คน และโรงพยาบาลลำพูน จ.ลำพูน จำนวน 15 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 45 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาคุณภาพของการวัด

3.1 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรายข้อกับคะแนนรวม (Item Total Correlation Coefficient) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) แล้วคัดเลือกข้อคำถามที่ค่า r มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไว้ใช้ในแบบวัด

3.2 การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Reliability Coefficient)

4. ปรับปรุงแก้ไขจนได้แบบวัดที่มีคุณภาพดี ก่อนจะดำเนินการจัดพิมพ์เพื่อทำการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

5. จัดทำแบบวัดฉบับสมบูรณ์ เพื่อนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยกับกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จ.ตาก จำนวน 130 คน และได้คัดเลือกฉบับที่สมบูรณ์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 117 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ติดต่อขอหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ถึงผู้บริหารโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง
2. ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายวันเวลาที่ จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – มีนาคม 2556
3. นำผลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เพื่อทำการวิเคราะห์ค่าทางสถิติสำหรับการทดสอบสมมติฐานที่ตั้งไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วย ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่าย ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5
3. วิเคราะห์ตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วย ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เพื่อหาตัวทำนายโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter (Enter Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางชีวิตจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ครั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งความเหนื่อยหน่าย เป็น 3 ด้านได้แก่ 1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ 2) ด้านลดความเป็นบุคคล 3) ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยทางจิต ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยชีวสังคม เพื่อความเข้าใจตรงกันผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังต่อไปนี้

สัญลักษณ์และอักษรย่อที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

n	แทน	จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
M	แทน	ค่าเฉลี่ย (Mean)
Min	แทน	ค่าคะแนนต่ำสุด (Minimum)
Max	แทน	ค่าคะแนนสูงสุด (Maximum)
SD	แทน	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
CV	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย (Coefficient of Variation)
t	แทน	สถิติทดสอบ t
F	แทน	สถิติทดสอบ F
df	แทน	ระดับความเป็นอิสระ (Degree of Freedom)
SS	แทน	ผลรวมกำลังสองของคะแนน (Sum of Squares)
MS	แทน	ค่าเฉลี่ยผลบวกกำลังสองของคะแนน (Mean of Squares)
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน
b	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ
SE	แทน	ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานของการทำนาย
β	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน
p	แทน	ค่าความน่าจะเป็น (Probability) ของค่าสถิติที่ใช้ทดสอบ
R	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ
R^2	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์ของการทำนาย

a	แทน	ค่าคงที่ของสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
X_1	แทน	ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
X_2	แทน	อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
X_3	แทน	ความเข้มแข็งในการมองโลก
X_4	แทน	ความเครียด
X_5	แทน	การสนับสนุนทางสังคม
X_6	แทน	การสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์
X_7	แทน	การสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนข่าวสาร
X_8	แทน	การสนับสนุนทางสังคม ด้านการสนับสนุนสิ่งของ
Y	แทน	ความเหนื่อยหน่าย
Y_1	แทน	ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์
Y_2	แทน	ด้านลดความเป็นบุคคล
Y_3	แทน	ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล

ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยแบ่งออกเป็น 2 ตอน คือ
 ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อแสดงข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร
 ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก
 ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่าย
 ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน เพื่อแสดงข้อมูลเบื้องต้นของตัวแปร

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา

ลักษณะทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	26	22.22
หญิง	91	77.88
อายุ		
20 – 39 ปี	22	18.80
40 – 59 ปี	61	52.14
60 ปีขึ้นไป	34	29.06
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	11	9.40
ประถมศึกษา	64	54.70
มัธยมศึกษาตอนต้น	14	12.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	13	11.10
อนุปริญญา หรือเทียบเท่า	1	0.85
ปริญญาตรี	13	11.10
สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.85
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
0 – 5 ปี	29	24.79
6 – 10 ปี	40	34.18
10 ปีขึ้นไป	48	41.03
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา – มารดา	42	35.89
คู่สมรส (สามี – ภรรยา)	14	11.97
บุตร	14	11.97
พี่ – น้อง	39	33.33
สะใภ้	8	6.84

จากตาราง 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามตัวแปรที่ศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นหญิง จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 77.88 และเพศชาย จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 22.22 อยู่ในช่วงอายุ 40 – 59 ปีมากที่สุด จำนวน 61 คน คิดเป็นร้อยละ 52.14 ช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 29.6 และช่วงอายุ 20 – 39 ปี จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 18.80 ส่วนระดับการศึกษาพบว่า มีการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 54.70 และรองลงมา ระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 12 มัธยมศึกษาตอนปลายและระดับปริญญาตรีเท่ากัน จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10

ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปมีจำนวนมากที่สุด จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 41.03 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 – 10 ปี จำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 34.18 และ 0 – 5 ปี จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 24.79 ตามลำดับ สำหรับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบิดา – มารดา จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 35.89 รองลงมา เป็นพี่ – น้อง จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 คู่สมรส (สามี – ภรรยา) และบุตรมีจำนวนเท่ากัน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 11.97 และความสัมพันธ์เป็นสะใภ้ น้อยที่สุด จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 6.84

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรที่ศึกษา	M	Min	Max	SD	CV (%)	การแปลความหมาย
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	12.10	.50	40	8.85	73.14	-
อายุของผู้ดูแลผู้ป่วย	51.30	22	84	13.97	27.23	-
ความเข้มแข็งในการมองโลก	120.03	65	168	25.01	21.01	ระดับสูง
ความเครียด	10.44	0	49	8.44	80.84	ระดับเกณฑ์ปกติ
การสนับสนุนทางสังคม	43.85	20	68	7.76	17.70	ระดับปานกลาง
ความเหนื่อยหน่าย						
1) ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์	11.17	0	45	10.34	92.57	ระดับต่ำ
2) ด้านลดความเป็นบุคคล	5.13	0	23	5.12	99.80	ระดับต่ำ
3) ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล	18.86	0	46	9.08	48.14	ระดับต่ำ

จากตาราง 2 แสดงผลการวิเคราะห์ ค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 12 ปี มีอายุเฉลี่ย 51 ปี มีความเข้มแข็งในการมองโลก และการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระดับปานกลาง ($M = 119.03$ และ 43.85 ตามลำดับ) และความเครียดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ($M = 10.44$) เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์การกระจายของตัวแปร พบว่า ตัวแปรความเครียดมีการกระจายของข้อมูลมากที่สุด ($CV \% = 80.84$) และตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมมีการกระจายของข้อมูลน้อยที่สุด ($CV \% = 17.70$)

สำหรับความเหนียวแน่นแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ โดยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย 11.17 คะแนน ด้านลดความเป็นบุคคลมีค่าเฉลี่ย 5.13 คะแนน และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ย 18.86 คะแนน โดยด้านลดความเป็นบุคคลมีการกระจายของข้อมูลมากที่สุด ($CV \% = 99.80$) และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลมีการกระจายของข้อมูลน้อยที่สุด ($CV \% = 48.14$)



ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวิตสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตัวแปรที่ศึกษา	(X ₁)	(X ₂)	(X ₃)	(X ₄)	(X ₅)	(X ₆)	(X ₇)	(X ₈)	(Y)	(Y ₁)	(Y ₂)	(Y ₃)
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (X ₁)	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (X ₂)	.38**	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ความเข้มแข็งในการมองโลก (X ₃)	.08	-.01	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ความเครียด (X ₄)	-.09	.05	-.57**	1	-	-	-	-	-	-	-	-
การสนับสนุนทางสังคม (X ₅)	-.14	-.07	.34**	-.19*	1	-	-	-	-	-	-	-
ด้านการสนับสนุนทางอารมณ์ (X ₆)	.00	-.13	.30**	-.15	.68**	1	-	-	-	-	-	-
ด้านการสนับสนุนข่าวสาร (X ₇)	-.14	-.06	.27**	-.11	.88**	.55**	1	-	-	-	-	-
ด้านการสนับสนุนสิ่งของ (X ₈)	-.15	-.03	.30**	-.20*	.93**	.45**	.71**	1	-	-	-	-
ความเหนื่อยหน่าย (Y)	.01	.17	-.55**	.53**	-.18	-.27**	-.11	-.14	1	-	-	-
ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Y ₁)	-.00	.17	-.49**	.60**	-.16	-.11	-.09	-.17	.87**	1	-	-
ด้านลดความเป็นบุคคล (Y ₂)	.02	.11	-.49**	.47**	-.08	-.07	-.05	-.08	.82**	.78**	1	-
ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล (Y ₃)	.01	.12	-.36**	.20*	-.17	-.42**	-.12	-.06	.71**	.32**	.33**	1

*p < .05, **p < .01

จากตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พิจารณาผลการวิเคราะห์ พบว่าความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.55$) ซึ่งหมายความว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านลดลง แต่เมื่อความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเหนื่อยหน่ายสูง และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .53$) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายสูง แต่ในทางกลับกันหากผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียดต่ำจะมีความเหนื่อยหน่ายต่ำเช่นกัน

สำหรับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

ดังนั้นจากสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวว่า “ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” สมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวว่า “ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” สมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวว่า “การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” สมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวว่า “ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” และสมมติฐานข้อที่ 5 กล่าวว่า “อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท” ผลจากการวิจัยนี้จึงสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 แต่ไม่สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 3, 4 และ 5

2.2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทางชีวิตสังคมที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังแสดงในตาราง 4 และ 5

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนที่ได้จากการวิเคราะห์การถดถอยแบบ Enter ของความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีปัจจัยทางชีวิตสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนาย

แหล่งความแปรปรวน	<i>df</i>	<i>SS</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Regression	5	17922.42	3584.49	14.62**	.00
Residual	111	27207.49	245.11		
total	116	45129.92			

***p* < .01

จากตาราง 4 การวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า ตัวทำนายคือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ความเข้มแข็งในการมองโลก ความเครียด การสนับสนุนทางสังคม อธิบายความแปรปรวนของความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นั่นคือมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานและสามารถใช้เป็นตัวทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter ของตัวทำนายคือ ปัจจัยทางชีวิตสังคมกับ ตัวแปรตามคือความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		ค่าสัมประสิทธิ์ ถดถอย มาตรฐาน (β)	t	Sig.
	b	SE			
ค่าคงที่ (Constant)	49.87	12.16	-	4.10	.00
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (หน่วยเป็นเดือน)	.00	.02	.01	.15	.88
อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (หน่วยเป็นปี)	.21	.11	.15	1.87	.06
ความเข้มแข็งในการมองโลก	-.30	.07	-.38	-4.00	.00**
ความเครียด	.74	.21	.32	3.52	.00**
การสนับสนุนทางสังคม	.04	.16	.02	.22	.82

$R^2 = .397$, ** $p < .01$; ตัวแปรตามในการวิจัยคือ ความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากตาราง 5 ปัจจัยทางชีวิตสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ร้อยละ 39.7 โดยที่ความเครียดกับความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่จะสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .32 และ -.38 ตามลำดับ หมายความว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเครียดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น .32 หน่วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเครียดสูงเพิ่มขึ้นจะมีความเหนื่อยหน่ายมากขึ้นด้วย และถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีความเหนื่อยหน่ายลดลง .38 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงเพิ่มขึ้นจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยลง สำหรับตัวแปรระยะเวลาใน

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถเขียนเป็นสมการทำนายคะแนนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ดังนี้

$$\hat{Y}_{\text{เหนื่อยหน่าย}} = 49.87 + .00 (\text{ระยะเวลา}) + .21 (\text{อายุ}) - .30^{**} (\text{ความเข้มแข็งในการมองโลก}) + .74^{**} (\text{ความเครียด}) + .04 (\text{สนับสนุนทางสังคม}) \dots \dots \dots \text{สมการคะแนนดิบ}$$

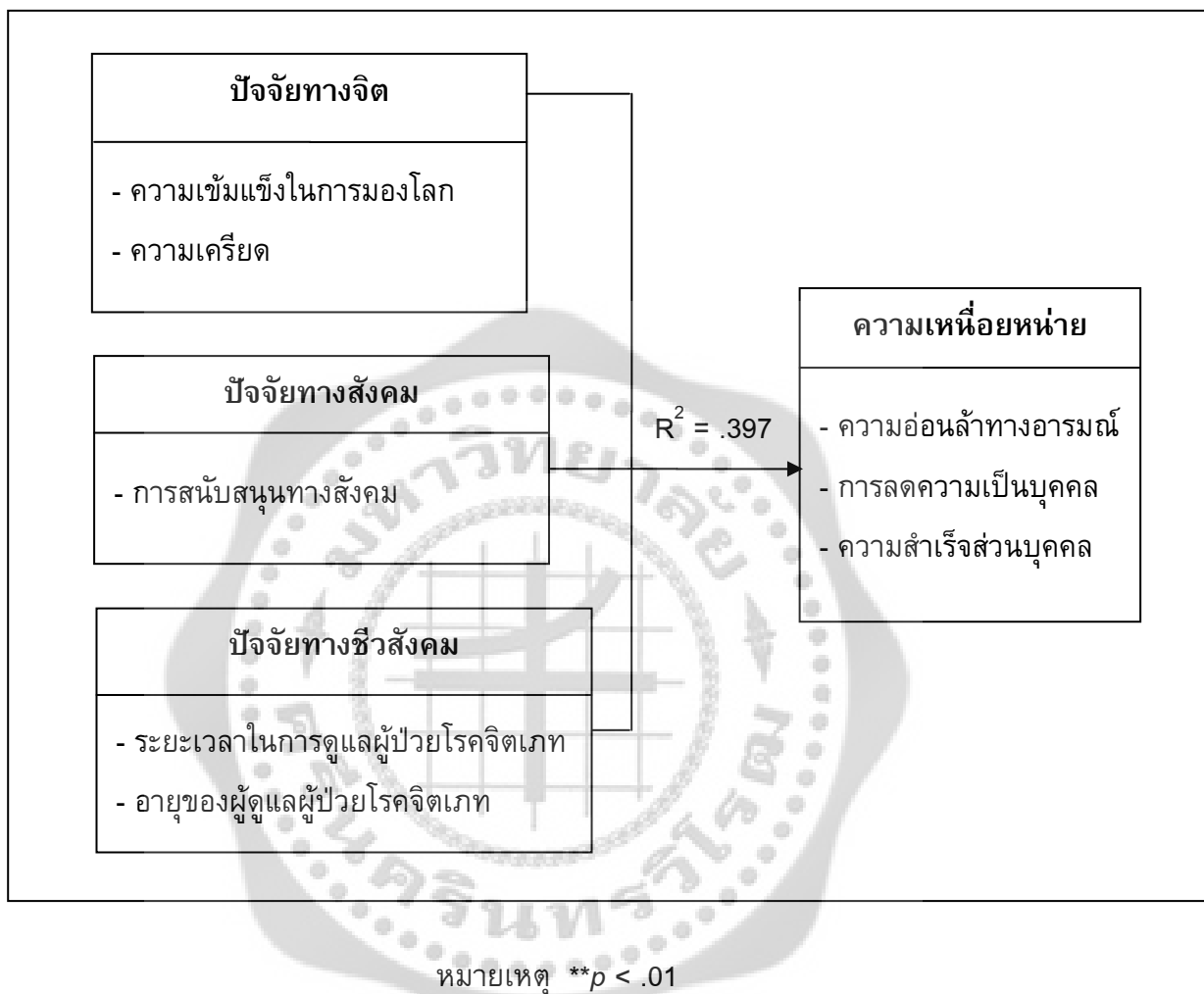
$$\hat{Z}_{\text{เหนื่อยหน่าย}} = .01 Z (\text{ระยะเวลา}) + .15 Z (\text{อายุ}) - .38^{**} Z (\text{ความเข้มแข็งในการมองโลก}) + .32^{**} Z (\text{ความเครียด}) + .02 Z (\text{สนับสนุนทางสังคม}) \dots \dots \dots \text{สมการคะแนนมาตรฐาน}$$

หมายเหตุ

** $p < .01$



จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้เห็นภาพความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ผู้วิจัยจึงนำเสนอในรูปแบบแผนภาพงานวิจัย ดังนี้



ภาพประกอบ 2 แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาในการทำนายความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากภาพประกอบ 2 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน พบว่า ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วย, ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ร้อยละ 39.7 โดยตัวทำนายที่สำคัญ คือ ความเครียด และความเข้มแข็งในการมองโลก

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก มีวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ความมุ่งหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตั้งความมุ่งหมายไว้ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับของความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านลดความเป็นบุคคล และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางจิตสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

สมมติฐานในการวิจัย

1. ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

5. อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

6. ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก จำนวน 308 คน โดยกลุ่มตัวอย่าง มีจำนวน 130 คน ซึ่งได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดช่วงเดือนมีนาคม 2556 และได้นำฉบับที่สมบูรณ์มาวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน 117 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม โดยแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ อายุ เพศ การศึกษา ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

ตอนที่ 2 แบบวัดความเหนื่อยหน่าย จำนวน 22 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1)ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 2) ด้านลดความเป็นบุคคล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 3) ด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคล มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .94

ตอนที่ 3 แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก จำนวน 24 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ตอนที่ 4 แบบวัดความเครียด จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยนำมาจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2542) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93

ตอนที่ 5 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 14 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีนัดในเดือน มีนาคม 2556 โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปแจกกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้ตรวจสอบและคัดเลือกแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ออก จึงได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 117 ชุด คิดเป็นร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ประมวลผลข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติดังต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ใช้สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์การกระจาย

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วย ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่าย ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5

3. วิเคราะห์ตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วย ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม เพื่อหาตัวทำนายโดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบ Enter (Enter Multiple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อ 6

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. ความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ โดยด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์มีค่าเฉลี่ย 11.17 คะแนน ด้านลดความเป็นบุคคลมีค่าเฉลี่ย 5.13 คะแนน และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลมีค่าเฉลี่ย 18.86 คะแนน โดยด้านลดความเป็นบุคคลมีการกระจายของข้อมูลมากที่สุด ($CV \% = 99.80$) และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลมีการกระจายของข้อมูลน้อยที่สุด ($CV \% = 48.14$)

2. การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = -.55$)

ซึ่งหมายความว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านลดลง แต่เมื่อความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความเหนื่อยหน่ายสูง และความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .53$) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียดสูงจะมีความเหนื่อยหน่ายสูง แต่ในทางกลับกันหากผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความเครียดต่ำจะมีความเหนื่อยหน่ายต่ำเช่นกัน

สำหรับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

3. การทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ตัวแปรทั้งห้าตัวร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถทำนายได้ร้อยละ 39.7 ($R^2 = .397$) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่ความเครียดกับความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวทำนายที่สำคัญที่จะสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างชัดเจน ซึ่งความเครียดและความเข้มแข็งในการมองโลกมีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยมาตรฐาน (β) เท่ากับ .32 และ -.38 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หมายความว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเครียดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีความเหนื่อยหน่ายเพิ่มขึ้น .32 หน่วย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเครียดสูงเพิ่มขึ้นจะมีความเหนื่อยหน่ายมากขึ้นด้วย และถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกเพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีความเหนื่อยหน่ายลดลง .38 ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูงเพิ่มขึ้นจะมีความเหนื่อยหน่ายน้อยลง สำหรับตัวแปรระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคมพบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามจุดมุ่งหมายและสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. จุดมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาระดับของความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ ด้านลดความเป็นบุคคล และด้านลดความสำเร็จส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการวิจัย พบว่า ความเหนื่อยหน่ายแต่ละด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป มีจำนวนมาก ถึง 48 คน จากจำนวน 117 คน ซึ่งทำให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมาเป็นเวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริยา สัมมาวาจ (2532) ที่ศึกษาความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาริบัติ ผล

การศึกษาพบว่าพยาบาลประจำการที่มีอายุระหว่าง 21 - 30 ปี จะมีความเหนื่อยหน่ายในงานแต่ละด้านสูงกว่าพยาบาลประจำการที่มีอายุระหว่าง 36 - 45 ปี และส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง ซึ่งมีอายุระหว่าง 40 - 59 ปีมากที่สุด จำนวน 61 คน จากจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 52.14 โดยอีริกสัน (Eric H.Erikson. 1902 - 1994 อ้างถึงใน ประณต คำฉิม, 2549) กล่าวว่า วัย 40 - 60 ปี ซึ่งเป็นระยะของการพัฒนาความรู้สึกเป็นผู้ให้กำเนิดและสร้างสรรค์สังคม ตรงข้ามกับความเฉื่อยชา ซึ่งเป็นช่วงวัยกลางคน มีความพร้อมในการทำประโยชน์ ถ้าพัฒนาการแต่ละขั้นตอนที่ผ่านมามีความก้าวหน้าไปอย่างดี มีการดูแลรับผิดชอบเอาใจใส่ต่อบุคคลในครอบครัวให้มีความสุข ในทางตรงกันข้าม บุคคลในวัยนี้จะเกิดความรู้สึกท้อถอย เบื่อหน่ายชีวิต คิดถึงแต่ตนเองไม่รับผิดชอบต่อสังคม ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ส่วนใหญ่อาจผ่านขั้นพัฒนาการนี้ได้ด้วยดี จึงทำให้ความเหนื่อยหน่ายมีคะแนนต่ำกว่าการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ วรภรณ์ จรูญประสิทธิ์พร (2547) ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ มีค่าเป็น 1.45 ซึ่งแสดงถึงความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ที่อยู่ในระดับต่ำและเมื่อพิจารณารายด้านความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน

2. จุดมุ่งหมายของการวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีสมมติฐานและการอภิปราย ดังนี้

สมมติฐานที่ 1 กล่าวว่า “ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท”

ผลการวิจัย พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นผลการวิจัยจึงสนับสนุนกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งความเข้มแข็งในการมองโลกนั้นถือเป็นแหล่งประโยชน์ที่เป็นคุณลักษณะที่อยู่ในตัวบุคคลที่ช่วยให้บุคคลมีการจัดการกับสิ่งเร้าหรือปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Antonovsky, 1982 อ้างถึงใน ปิติมา ฉายโอภาส, 2546) เมื่อบุคคลสามารถเผชิญกับสภาวะต่างๆ โดยสามารถรับรู้และประเมินสิ่งเร้าต่างๆ ที่เข้ามากระทบว่าเป็นสิ่งทำลาย เป็นความสามารถในการบริหารจัดการดี ที่จะปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และรับรู้ว่าเป็นสิ่งต่างๆ ว่าเป็นสิ่งที่มีความหมาย มีคุณค่าในการจัดการให้ประสบความสำเร็จได้ แนวโน้มความเหนื่อยหน่ายของบุคคลก็จะ

เป็นไปตามทิศทางตรงกันข้าม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ กังสดาล สุทธิวิริสวรรณ (2535) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหอภิบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอภิบาล ผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาคภาคเหนือ สำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 146 คน พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน และปีเตอร์ อีดี โลเวียร์ และคณะ (2011) ศึกษาความเหนื่อยหน่ายและความเข้มแข็งในการมองโลก ของบริษัทที่อยู่อาศัย ตัวแทนนายหน้าอสังหาริมทรัพย์ โดยกลุ่มตัวอย่างจาก 305 บริษัทในออสเตรเลียตะวันตก พบว่า ความอ่อนล้าทางอารมณ์สูงมีความสัมพันธ์ความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ การลดความเป็นบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก และสำหรับการลดความสำเร็จส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเข้มแข็งในการมองโลก

สมมติฐานที่ 2 กล่าวว่า “ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท”

ผลการศึกษา พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้เนื่องมาจาก การที่บุคคลเผชิญภาวะที่ขัดข้องใจ มีความขัดแย้ง ทำให้เกิดความเครียดบ่อยครั้ง หรือเรื้อรัง จึงส่งผลให้เกิดภาวะความเหนื่อยหน่ายนั้นๆเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน โดยที่ แมสแลช (Maslach, 2001 อ้างใน ประเมศวร์ ธรรมชาติปริญญา. 2553: 13) ได้ให้นิยามความเหนื่อยหน่าย คือ อาการทางอารมณ์ซึ่งเป็นผลมาจากความเครียดเรื้อรังในการทำงาน จนเกิดทัศนคติในแง่ลบต่องานที่ทำ และผู้ร่วมงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ กานดา อังศรีวงษ์ (2539) ทำการวิจัยเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความท้อถอยของครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสามัญศึกษา จังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ครูแนะแนวโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสามัญศึกษา จังหวัดพิษณุโลก ปีการศึกษา 2536 จำนวน 60 คน พบว่า ความท้อถอยองค์ประกอบความอ่อนล้าทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์เป็นบวกกับความเครียด เช่นเดียวกับ ศจีมาศ ขวัญเมือง (2541) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความพึงพอใจในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามาริบัติ ตัวอย่างที่ศึกษามีจำนวน 221 คน พบว่า ความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 นอกจากนี้มยุรี กลับวงษ์ (2552) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 375 คน พบว่า ผู้ดูแลที่มีความเครียดสูงก็จะเกิดความเหนื่อยหน่ายสูงด้วย และการศึกษาเบเกอ (Baker. 1989 อ้างในมยุรี กลั้ววงษ์, 2552) ก็ได้อธิบายให้เห็นถึงความเครียดของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ว่า สมาชิกทุกคนในครอบครัวจะได้รับผลกระทบจากผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยต้องประสบกับความเครียดที่รุนแรงและเรื้อรัง หากไม่ได้รับการช่วยเหลือประคับประคองแล้วประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยก็จะลดลงด้วย หลายครอบครัวมีความเศร้าโศกอย่างต่อเนื่องหลังจากที่ญาติได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท อีกซี ซี, หวัง เอ และเฉิน บี (Xie Z., Wang A. & Chen B., 2011) ได้ทำการศึกษาความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลและความสัมพันธ์กับความเครียดในการประกอบอาชีพ : ภาคตัดขวางในเซี่ยงไฮ้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 527 คน พบว่า พยาบาลในเซี่ยงไฮ้ที่อยู่ในภาวะเหนื่อยหน่ายจากการทำงานในระดับสูง และความเหนื่อยหน่ายมีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเครียดจากการทำงาน

สมมติฐานที่ 3 กล่าวว่า “การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท”

ผลการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยอาจเป็นไปได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ได้เป็นการแก้ไขปัญหาโดยตรงที่อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท อันเนื่องด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังหากอาการจะอยู่ในภาวะระยะเรื้อรัง (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) อาการของโรคก็ยังปรากฏร่องรอยของความผิดปกติของความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอยู่ ซึ่งสอดคล้องกับ วรลักษ์ณ์ ปวนสุรินทร์ (2541) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยแกนสเตอร์, ฟุสิเออร์ และมาเยส (Ganster, Fusilier & Mayes, 1981 อ้างใน วรลักษ์ณ์ ปวนสุรินทร์, 2541: 78) ที่ทำการศึกษากลุ่มพนักงานองค์การเอกชน ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมไม่ได้ช่วยลดผลกระทบของความเครียดจากการทำงานเช่นกัน

สมมติฐานที่ 4 กล่าวว่า “ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทความสัมพันธ์ทางลบกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท”

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งบางคนเป็นๆ หายๆ ในขณะที่บางคนมีอาการเรื้อรัง โดยทั่วไปผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติ อาการของ

โรคมักทรงหรือทรุดลงตามลำดับ จนผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ ในระยะแรกของโรคอาการทางด้านลบ มักมีเด่นชัด และในเวลาต่อมาอาการทางด้านบวกจะปรากฏ เมื่อได้รับการรักษาอาการทางด้านบวก จะหมดไป แต่อาการทางด้านลบจะยังคงอยู่ ในบางรายอาการด้านลบเป็นรุนแรงขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล. 2549) จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้ง ร่างกาย จิตใจ ความเป็นอิสระ ความสัมพันธ์ทางสังคม รวมถึงเศรษฐกิจ ดังนั้นระยะเวลาในการ ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงไม่มีสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่าย ซึ่งอาจจะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ กังสดาล สุทธิวิริสวรรณ (2535) ได้ทำการศึกษาความ เข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาล ผู้ป่วยหนัก โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกองโรงพยาบาลภูมิภาค ภาคเหนือ สำนักงาน ปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข จำนวน 146 คน พบว่าปัจจัยด้านอายุและระยะเวลาในการ ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายทั้ง 3 ด้าน

สมมติฐานที่ 5 กล่าวว่า “อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุน้อยมีความสัมพันธ์ทางลบ กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท”

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่มีความสัมพันธ์กับความเหนื่อย หน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเหตุผล เช่นเดียวกับสมมติฐานที่ 4 ด้วยเหตุผลที่ว่า อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีความผิดปกติในด้าน ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งบางคนเป็นๆ หายๆ โดยมักมีผลกระทบกับผู้ดูแล ตลอดจน ครอบครัวของผู้ป่วยอีกด้วย ดังที่อรพรรณ สุนทวง และคณะ (2552) ได้กล่าวว่า จากปัญหาการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทของครอบครัวที่ผ่านมา ถือเป็นภาระที่หนักมากภาระหนึ่ง ของครอบครัว ที่เกิดจาก การต้องใช้ความอดทนและความเสียสละเป็นอย่างมากในการดูแล ครอบครัวจะมีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเมื่อเกิดภาวะวิกฤต บางครอบครัวจะมีความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ เช่นเดียวกันกับ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2549) ได้กล่าวถึง ความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วย ซึ่ง อาจเกิดความรู้สึกได้หลายอย่าง เช่น วิตกกังวล หงุดหงิด เสียใจ เกิดความรู้สึกหนักใจ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ขาดที่ปรึกษา ไม่สามารถควบคุมความรู้สึกและแสดงต่อผู้ป่วย เช่น ตำหนิ ติเตียน พุด ประชดเหน็บแนม ตำว่า พุดแข่ง ดังนั้นความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ว่าจะอายุ เท่าใดก็ตามก็มักจะได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยกันทั้งสิ้น

3 เพื่อศึกษาปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังสมมติฐานต่อไปนี้

สมมติฐานที่ 6 กล่าวว่า “ปัจจัยทางชีวสังคม ได้แก่ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และอายุของผู้ดูแลผู้ป่วย ปัจจัยทางจิต ได้แก่ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด และปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้”

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าตัวแปรที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า มี 2 ตัวแปรที่สำคัญในการทำนาย คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียด ซึ่งร่วมกันทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้อย่างชัดเจน สอดคล้องกับงานวิจัยผ่านมาของกังสดาล สุทธิวิริสวรรณ (2535) ศึกษาความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวแปรหนึ่งที่สามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายด้านความอ่อนล้าทางอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และสอดคล้องกับการศึกษา หัตยา มัทยาท (2541) ได้ศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยทางจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพประจำการ ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลกสามารถทำนายความเหนื่อยหน่ายได้ อีกทั้งการศึกษาของ ฉู, เชี่ยว เย และคณะ (Hsu HY. et al. 2010) ทำการวิจัยเกี่ยวกับความเครียดในการทำงาน แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และความเหนื่อยหน่ายในอาชีพของบุรุษ พยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นบุรุษพยาบาล จำนวน 121 คน พบว่า ความเครียดในงานของบุรุษพยาบาล มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความเหนื่อยหน่ายในอาชีพ และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน พบว่า ความเครียดในการทำงานเป็นตัวทำนายที่สำคัญในการทำนายความเหนื่อยหน่ายในอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกับอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม ที่ไม่พบว่าตัวแปร 3 ตัวนี้ เป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนาย (มีนัยสำคัญทางสถิติ) ทั้งนี้อาจเนื่องด้วย เมื่อพิจารณากานวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้ง 3 ตัวกับตัวแปรความเหนื่อยหน่าย (ดังตารางที่ 3)

ไม่มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงทำให้การวิเคราะห์การถดถอยนั้น ไม่พบว่าตัวแปรทั้ง 3 ตัวเป็นตัวแปรที่สำคัญในการทำนาย ประกอบกับการสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ต้องรอรับจากบุคคลอื่นจึงไม่สำคัญเท่ากับปัจจัยภายใน หรือลักษณะทางจิตที่มีอยู่ในตัว

บุคคล อันได้แก่ ความเครียด และความเข้มแข็งในการมองโลก ดังงานวิจัยนี้ที่พบว่า ความเครียด และความเข้มแข็งในการมองโลกเป็นตัวแปรที่มีความสำคัญ ฉะนั้นหากมีการศึกษาในครั้งต่อไป หรือหากมีการจัดกิจกรรม โครงการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทแล้ว จึงควรให้ความสำคัญกับ ปัจจัยทางจิตดังกล่าว

จากการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกับอายุของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นปัจจัยส่วนบุคคล และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทางสังคมที่ไม่ได้เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ความเครียดของผู้ดูแล และความเข้มแข็งในการมองโลก อันเป็นปัจจัยทางจิตที่จำเป็นต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางจิตและสังคมที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท : กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้ และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยที่พบว่า ความเข้มแข็งในการมองโลก และความเครียดสามารถเป็นตัวแทนความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ดังนั้น หน่วยงานจึงควรจัดทำมาตรฐาน แนวปฏิบัติการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วยการประเมินปัจจัยทางจิต และหากพบว่าอยู่ในระดับที่ไม่เหมาะสมจะได้ให้การช่วยเหลือไม่ว่าจะเป็น การให้การปรึกษา หรือกิจกรรมสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตใจ ตลอดจนเทคนิคผ่อนคลายเครียดให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยต่อไป

2.1 ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเพิ่มเติม เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามรายชื่อผู้ป่วยที่มีนัดในเดือน มีนาคม 2556 เท่านั้น โดยมีจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 130 คน ซึ่งอาจได้ตัวอย่างที่ไม่ครอบคลุม ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปอาจเก็บข้อมูลเพิ่มเติมให้มากกว่าการวิจัยครั้งนี้

2.2 ควรศึกษาในตัวแปรอื่นๆเพิ่มเติม โดยเฉพาะปัจจัยทางจิตลักษณะ เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ปัจจัยทางจิตเป็นตัวแปรสำคัญในการทำนายความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท ตลอดจนศึกษาตัวแปรอื่น เช่น ระยะของโรค (stage of illness) ความรู้ในการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท และความใกล้ชิดหรือสัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแล เป็นต้น



บรรณานุกรม

- กนกภรณ์ ใจแก้ว. (2551). ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยความเครียดในการทำงานและการเผชิญปัญหากับความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (ประชากรศึกษา).
กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- กมลมาลย์ อุปพันธ์. (2551). การจัดการความเครียดของพนักงานสายการบินที่ทำหน้าที่ตรวจบัตรผู้โดยสารสายการบินไทย. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. (อาชีวศึกษา) เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). รายงานการวิจัย การพัฒนาแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองสำหรับประชาชนไทยด้วยคอมพิวเตอร์. สมุทรปราการ: ทีคอม. พิมพ์ครั้งที่ 2.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2542). แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). คู่มือส่งเสริมสุขภาพจิตนักเรียนระดับมัธยมศึกษาสำหรับครู. กรุงเทพฯ: ร.ส.พ. พิมพ์ครั้งที่ 4.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ผู้ป่วยนอกจิตเวช หน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต. สืบค้น เมื่อ 3 มีนาคม 2555, จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- กังสดาล สุทธิวีรสรรค์. (2535). ความเข้มแข็งในการมองโลก แรงสนับสนุนทางสังคม และความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลในหออภิบาลผู้ป่วยหนัก. กรุงเทพฯ: วิทยานิพนธ์ วท.ม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กานดา อังศรีวงษ์. (2539). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับความท้อถอยของครูแนะแนว โรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดสามัญศึกษา จังหวัดพิษณุโลก. ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาการแนะแนว) มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- งานสถิติและเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช. (2555). สถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท. โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช.
- จันทิมา ภูประภาชาติ. (2549). ความเข้มแข็งในการมองโลกของผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายที่มารับบริการโรงพยาบาลสวรรค์โลก จังหวัดสุโขทัย. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- จำลอง ดิษยวณิช. (2545). *พิชิตความเครียด*. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์.
- ณรงค์ พิมพ์ และคณะ. (2550). *การศึกษาความท้อแท้ และสาเหตุของความท้อแท้ของแพทย์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุโขทัย*. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). *ได้ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท*.
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) เชียงใหม่:
บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธัญญา มาศ คำมาตา. (2551). *ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการเผชิญปัญหา
และฟันฝ่าอุปสรรคของนักเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพมหานคร*. ปริญญาโท วท.ม.
(การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- ธีระ ลีลานันทกิจ. (2550). *โรคจิตเภทกับกลุ่มอาการนิวโรเลปติกที่ร้ายแรง*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นลินี กิจบัญชา. (2543). *การประเมินภาวะเครียด การจัดการกับความเครียด และความต้องการ
คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของพี่เลี้ยงเด็กสถานรับเลี้ยงเด็กก่อนวัยเรียนเอกชนใน
จังหวัดเชียงใหม่*. การค้นคว้าแบบอิสระ ศศ.ม. (จิตวิทยาการศึกษาและแนะแนว) เชียงใหม่:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. ถ่ายเอกสาร.
- นฤมล พระใหญ่. (2547). *การศึกษาความเครียดและสาเหตุของความเครียดในการปฏิบัติงานของ
พยาบาลประจำการในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร*. สารนิพนธ์ กศ.ม.
(จิตวิทยาการแนะแนว) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
ถ่ายเอกสาร.
- บุญธิดา เทือกสุบรรณ. (2550). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายในงานของพยาบาลวิชาชีพ
ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการ
พยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนาถ สุวลักษณ์. (2547). *ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรค
จิตเภทเรื้อรัง*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 12(3), 141-149.
- เบญจมาภรณ์ เสนารัตน์. (2549). *การศึกษาปัจจัยบางประการที่ส่งผลต่อความท้อแท้ในการ
ปฏิบัติงานของข้าราชการครูกลุ่มกรุงเทพมหานคร สังกัดกรุงเทพมหานคร*. ปริญญาการศึกษา
มหาบัณฑิต. กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ปรเมศวร์ ธรรมชาติปริญญา. (2553). ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว ความเหนื่อยหน่ายใน
งานและความทุ่มเทในงานของพนักงานกลุ่มปฏิบัติการและกลุ่มสำนักงาน โรงงาน
อุตสาหกรรมอิเล็กทรอนิกส์ในจังหวัดลำพูน. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต
(จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประณต คำฉิม. (ม.ป.ป.). จิตวิทยาเด็ก. กรุงเทพฯ: คณะมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ประณต คำฉิม. (2549). จิตวิทยาวัยรุ่น. กรุงเทพฯ: คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัย
ศรีนครินทรวิโรฒ.
- ปวีณ์นุช งามวงศ์. (2548). ความเหนื่อยหน่ายที่มีผลต่อการปฏิบัติงานและการตั้งใจลาออกของ
พนักงานโรงงานอุตสาหกรรม. สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ บัณฑิตวิทยาลัย
สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือสถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้า
พระนครเหนือ.
- ปิติมา ฉายโอภาส. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเข้มแข็งในการมองโลกการ
สนับสนุนทางสังคม กับความสุขสมบูรณ์ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลรัฐ
กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
(การบริหารการพยาบาล) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ สุโยธี ณ ราชสีมา. (2537). อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมในการทำงานและแรง
สนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาล
ศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วท.ม.
(สาธารณสุขศาสตร์). (พยาบาลสาธารณสุข). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล. ถ่ายเอกสาร.
- พัชนี เอมะนาวิน. (2536). ความสัมพันธ์ระหว่างอำนาจความเชี่ยวชาญ ความเชื่อ อำนาจภายในงาน
ภูมิหลังกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลศูนย์ กระทรวง
สาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ วท.ม. (สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์) กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ถ่ายเอกสาร.
- เพชร วงคำ. (2555, 24 เมษายน). สัมภาษณ์โดย ภาณุมาศ ศรีธิทอง ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้า
ตากสินมหาราช
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามาริปดี. กรุงเทพฯ: ภาควิชา
จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริปดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มยุรี กลับวงศ์. (2552). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเหนื่อยหน่ายและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิต
เภทของผู้ดูแล. ปริญญานิพนธ์ วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

- ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์,ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ และคณะ. (2541). *แบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง*. สืบค้น เมื่อ 12 พฤษภาคม 2555,จาก http://www.thaiedresearch.org/thaied/index.php?q=thaied_results&-table=thaied_results&-action=browse&-cursor=112&-skip=90&-limit=30&-mode=list&-sort=researcher+asc&-recordid=thaied_results%3Fid%3D6071
- เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม. (2540). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิต และความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รสลิน วิทย์วงศ์กวาง. (2550). *ปัจจัยชีวสังคม สุขภาพจิต ความเข้มแข็งในการมองโลกกับการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุทำงานของราชการก่อนเกษียณสังกัดกรมชลประทาน*. สารนิพนธ์. กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- เรืองศักดิ์ แสงเจริญ. (2547). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการดำเนินงานประกันคุณภาพภายในกับความท้อแท้ของครูโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาสมุทรสงคราม*. ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต (การบริหารการศึกษา). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรภรณ์ จรุงประสิทธิ์พร. (2547). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อความเหนื่อยหน่ายในการปฏิบัติงานของนักสังคมสงเคราะห์ สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์*. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- วรลักษณ์ ปวนสุรินทร์. (2541). *อิทธิพลของความเชื่ออำนาจในการควบคุม พฤติกรรมการจัดการปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อความเหนื่อยหน่ายในการทำงานของพยาบาล*. วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ) เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วันเพ็ญ ยืนยงแสน. (2545). *การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศจีมาจ ขวัญเมือง. (2541). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด ความพึงพอใจในการทำงานกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลรามารับดี*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาอุตสาหกรรม) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ศรีธัญญา. (2553). *การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเวช : แนวทางการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ศรีรัญญา และมหาวิทยาลัยมหิดล. (มปป.). จิตเภทโรคจิตเภท คืออะไร / *What is Schizophrenia ?*.

สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2555, จาก <http://www.thailabonline.com/memtal-psycho.htm>

ศิริรณภา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช). เชียงใหม่:

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช. กรุงเทพฯ:

เรือนแก้วการพิมพ์.

สิระยา สัมมาวาจ. (2532). ความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลประจำการในโรงพยาบาลรามาธิบดี.

วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (พยาบาลศาสตร์). กรุงเทพฯ:

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรีย์พร กุมภาคม. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเหนื่อยหน่าย และความตั้งใจลาออกของพยาบาล โรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. การประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข.

สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล และคณะ. (2540). รายงานการวิจัยเรื่องการสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรุง.

โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. สืบค้นเมื่อ 10 พฤษภาคม 2555, จาก

<http://www.dmh.go.th/test/stress/>

สุวารี คำปวนสาย. (2551). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการลด

ความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย.

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). เชียงใหม่:

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุวรรณ ก่อสุวรรณวงศ์. (2550). ปัจจัยเชิงสาเหตุที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งในการมองโลกของ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 โรงเรียนสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานนทบุรี เขต 2

จังหวัด นนทบุรี. ปริญญาโท กศ.ม. (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา) กรุงเทพฯ:

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2549). คู่มือสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (ฉบับปรับปรุง).

สืบค้นเมื่อ 20 มีนาคม 2555, จาก

<http://www.klb.dmh.go.th/index.php?m=evaluation&gr=&researchId=308>.

สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข. (2541). *ICD – 10 บัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ ฉบับ*

แก้ไขครั้งที่ 10 ไทย - อังกฤษ. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงาน

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2555, จาก <http://www.dmh.go.th/ebook/view.asp?id=134>
- หอมไกล ต้นสัก. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมความเป็นผู้นำการสนับสนุนทางสังคมและความเหนื่อยหน่ายในงานกับความตั้งใจลาออกจากงานของพยาบาลโรงพยาบาลเชียงใหม่ ราม จังหวัดเชียงใหม่*. ปรินญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ). เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- หัตยา มัทยาท. (2541). *ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงาน และปัจจัยทางจิตใจ ที่เกี่ยวข้องกับความเหนื่อยหน่ายของพยาบาลวิชาชีพประจำการ ในโรงพยาบาลศูนย์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. ปรินญาณิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาพัฒนาการ). กรุงเทพฯ: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. ถ่ายเอกสาร.
- อรพรรณ สุนทวง และคณะ. (2552). *คู่มือการดูแลโรคจิตเภท สำหรับครอบครัว และผู้นำชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2555, จาก <http://info.thaihealth.or.th/library/hot/12923>
- อาชวศรี คำหอม. (2552). *การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช) เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Brandt P. and Weinert C. (1985). PRQ85. Retrieved May 7, 2013, from http://www.montana.edu/cweinert/prq85.html#additional_info
- Collingwood J. (2006). *Your Sense of Coherence*. Psych Central. Retrieved June 10, 2012, from <http://psychcentral.com/lib/2006/your-sense-of-coherence/>
- Driller E. et al. (2010). *The relationship between social capital in hospitals and emotional exhaustion in clinicians: A study in four German hospitals*. International Journal of Social Psychiatry. Retrieved September 4, 2012, from <http://isp.sagepub.com>
- Hsu HY. et al. (2010). *Job stress, achievement motivation and occupational burnout among male nurses*. Journal of Advanced Nursing. Retrieved September 4, 2012, from <http://www.journalofadvancednursing.com>
- Lisa S. et al. (2007, July). *The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: A questionnaire survey*. International Journal of Nursing Studies. 44(758-769). Retrieved July 28, 2012, from [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(06\)00051-4/abstract](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(06)00051-4/abstract)

- Lyndall M. ; et al. (2011, June – August). *Factors that may influence midwives work-related stress and burnout*. Retrieved August 2, 2012, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519211002058>
- Norbeck JS. et al. (1983, January - February). *Further development of the Norbeck social support questionnaire: normative data and validity testing*. Retrieved May 7, 2013, from http://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/1983/01000/Further_Development_of_the_Norbeck_Social_Support.2.aspx
- Smith M. & Segal J. (2012). *Helping a Person with Schizophrenia*. Retrieved April 23, 2012, from http://www.helpguide.org/mental/schizophrenia_helping_family_member.htm
- Palmer S. (1989). *DEFINITIONS OF STRESS*. Retrieved March 11, 2012, from <http://www.managingstress.com/articles/definition.htm>
- Peter E.D. Love ; et al. (2011, January - April). *Burnout and sense of coherence among residential real estate brokers*. *Safety Science*. 49(1297–1308). Retrieved August 2, 2012, from <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0925753511000920>
- Waugh C. Keith & Michael R. Judd . (2012). Retrieved February 13, 2012, from <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JCTE/v19n2/pdf/waugh.pdf>
- WHO. (2011). *Schizophrenia* . Retrieved September 22, 2011, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en
- Xie Z. , Wang A. & Chen B. (2011). *Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai*. *Journal of Advanced Nursing*. Retrieved September 4, 2012, from <http://www.wileyonlinelibrary.com/journal/jan>





ภาคผนวก ก
ผลการวิเคราะห์ข้อความรายชื่อ

ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบวัดความเหนื่อยหน่าย

ข้อ	ค่า r	ผลการคัดเลือก
1	.4958	คัดเลือกไว้
2	.7248	คัดเลือกไว้
3	.7013	คัดเลือกไว้
4	.3611	คัดเลือกไว้
5	.4374	คัดเลือกไว้
6	.8670	คัดเลือกไว้
7	.3350	คัดเลือกไว้
8	.8784	คัดเลือกไว้
9	.3527	คัดเลือกไว้
10	.7596	คัดเลือกไว้
11	.8689	คัดเลือกไว้
12	.7524	คัดเลือกไว้
13	.6833	คัดเลือกไว้
14	.7941	คัดเลือกไว้
15	.6637	คัดเลือกไว้
16	.7826	คัดเลือกไว้
17	.4256	คัดเลือกไว้
18	.4923	คัดเลือกไว้
19	.6520	คัดเลือกไว้
20	.7739	คัดเลือกไว้
21	.4716	คัดเลือกไว้
22	.6330	คัดเลือกไว้

ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก

ข้อ	ค่า r	ผลการคัดเลือก
1	.2205	ตัดออก
2	.4699	คัดเลือกไว้
3	.2773	ตัดออก
4	.4190	คัดเลือกไว้
5	.3284	คัดเลือกไว้
6	.3899	คัดเลือกไว้
7	.7372	คัดเลือกไว้
8	.5833	คัดเลือกไว้
9	-.3837	ตัดออก
10	.5409	คัดเลือกไว้
11	.5818	คัดเลือกไว้
12	.4659	คัดเลือกไว้
13	-.4904	ตัดออก
14	.4206	คัดเลือกไว้
15	.7506	คัดเลือกไว้
16	.7556	คัดเลือกไว้
17	.6855	คัดเลือกไว้
18	.3638	คัดเลือกไว้
19	.8820	คัดเลือกไว้
20	.6438	คัดเลือกไว้
21	.7781	คัดเลือกไว้
22	.6727	คัดเลือกไว้
23	.5894	คัดเลือกไว้
24	.7406	คัดเลือกไว้
25	.6270	คัดเลือกไว้

ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก (ต่อ)

ข้อ	ค่า r	ผลการคัดเลือก
26	.0439	ตัดออก
27	.4405	คัดเลือกไว้
28	.5804	คัดเลือกไว้
29	.5880	คัดเลือกไว้

ตาราง ค่าอำนาจจำแนก (r) ของแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม

ข้อ	ค่า r	ผลการคัดเลือก
1	.5870	คัดเลือกไว้
2	.5602	คัดเลือกไว้
3	.6155	คัดเลือกไว้
4	.7310	คัดเลือกไว้
5	.4250	คัดเลือกไว้
6	.5548	คัดเลือกไว้
7	.5100	คัดเลือกไว้
8	.5755	คัดเลือกไว้
9	.7167	คัดเลือกไว้
10	.7529	คัดเลือกไว้
11	.8260	คัดเลือกไว้
12	.7254	คัดเลือกไว้
13	.7800	คัดเลือกไว้
14	.7986	คัดเลือกไว้



ภาคผนวก ข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามเกี่ยวกับความคิดความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

ขอให้ท่านอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามให้เข้าใจ แล้วตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วน และตรงกับความรู้สึกหรือการปฏิบัติจริงด้วยความจริงใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดูแลผู้ป่วย โดยแบบสอบถามฉบับนี้มีข้อคำถามที่ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้สึกที่มีต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะความเครียด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลเกี่ยวกับฉันและครอบครัว

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการมองโลก

ทั้งนี้ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้ตอบมาจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับและในส่วนของ การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการนำเสนอในภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบเป็นรายบุคคลแต่อย่างใด และความร่วมมือของผู้ดูแลผู้ป่วยในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาสารสนเทศสำหรับการวางแผนเพื่อผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไป และขอขอบคุณผู้ดูแลผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ภาณุมาศ ศรีธิตอง
 นิสิตปริญญาโท สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 ผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง คำถามในส่วนนี้เป็นแบบเติมคำหรือตัวเลขและขีดเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง □ ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวของท่านเอง

1. อายุของผู้ดูแลผู้ป่วย ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. ระดับการศึกษาสูงสุด

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
4. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนับตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์
จำนวน เดือน ปี
5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

<input type="checkbox"/> พ่อ,แม่	<input type="checkbox"/> คู่สมรส (สามี-ภรรยา)
<input type="checkbox"/> บุตร	<input type="checkbox"/> พี่ – น้อง
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ)	

คำชี้แจงสำหรับส่วนที่ 2 – ส่วนที่ 4

กรุณาอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างละเอียด และตัดสินใจว่าท่านมีความรู้สึก, ความคิดเห็น หรือมีพฤติกรรมอย่างไรแล้ว ทำเครื่องหมาย X ลงในช่องที่ตรงกับระดับความรู้สึก, ความคิดเห็น หรือพฤติกรรมของท่าน

ตัวอย่าง สำหรับส่วนที่ 2 – 4

ความรู้สึก,ความคิดเห็น,พฤติกรรม	ระดับความรู้สึก,ความคิดเห็น,พฤติกรรม				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	บ่อยครั้ง	มากที่สุด
1. ท่านชอบหรือสนใจเรื่องการเมือง		X			
2. ท่านคิดว่าท่านควรจะทำความดีมากขึ้น					X
3. ท่านออกกำลังกายทุกวัน	X				
4. ท่านรับประทานอาหารได้มาก			X		

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้สึกที่มีต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

คำชี้แจง ข้อคำถามต่อไปนี้เกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่ท่านได้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (ตัวอย่างในการตอบในคำชี้แจงส่วนที่ 2 – 4)

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึก ระดับความรู้สึกของท่าน	ระดับความรู้สึก						
	ไม่เลย	น้อยมาก	ค่อนข้างน้อย	ปานกลาง	ค่อนข้างมาก	มาก	มากที่สุด
1. การดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่ ทำให้ฉันจิตใจห่อเหี่ยว							
2. ฉันรู้สึกหมดแรงหลังจากดูแลผู้ป่วย							
3. ฉันรู้สึกเพื่อยเมื่อตื่นนอนตอนเช้าและเมื่อนึกถึงว่าจะต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยอีก							
4. ฉันสามารถเข้าใจความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยได้ดี							
5. บางครั้งฉันรู้สึกว่าได้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยไม่ใส่ใจความรู้สึกของเขา							
6. การดูแลผู้ป่วยตลอดวันทำให้ฉันรู้สึกเครียด							
7. ฉันสามารถช่วยแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ							
8. ฉันรู้สึกเบื่อหน่ายกับการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่							
9. ฉันรู้สึกแน่ใจว่าการดูแลผู้ป่วยที่ทำอยู่มีคุณประโยชน์ต่อชีวิตของผู้ป่วย							
10. ฉันรู้สึกว่าจิตใจของฉันแข็งแกร่งต่อผู้คนมากขึ้นนับตั้งแต่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย							
11. ฉันรู้สึกกังวลว่า ถ้าฉันทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป จะทำให้							

ข้อความเกี่ยวกับความรู้สึก ระดับ ความรู้สึกของท่าน	ระดับความรู้สึก						
	ไม่เลย	น้อยมาก	ค่อนข้าง น้อย	ปาน กลาง	ค่อนข้าง มาก	มาก	มากที่สุด
จิตใจของฉันแข็งกระด้างมากขึ้น							
12. ฉันรู้สึกเปี่ยมไปด้วยพลังใน การดูแลผู้ป่วย							
13. ฉันรู้สึกคับข้องใจในการดูแล ผู้ป่วย							
14. ฉันรู้สึกว่าดูแลผู้ป่วยที่ กำลังทำอยู่หนักมากเกินไป							
15. ฉันไม่สนใจว่าจะเกิดอะไร ขึ้นกับผู้ป่วย							
16. การทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ตลอดเวลาทำให้ฉันรู้สึกเครียดมาก ขึ้น							
17. ฉันสามารถสร้างบรรยากาศ ที่เป็นกันเองกับผู้ป่วย และคนรอบ ข้างได้ง่าย							
18. ฉันรู้สึกเป็นสุขใจจากการได้ทำ หน้าที่ดูแลผู้ป่วย							
19. ฉันประสบความสำเร็จที่มี คุณค่ามากมายจากการได้ทำ หน้าที่ดูแลผู้ป่วย							
20. ฉันรู้สึกหมดความอดทนที่จะ ดูแลผู้ป่วยต่อไป							
21. ในการดูแลผู้ป่วย ฉันสามารถ ควบคุมอารมณ์ได้อย่างสุขุม							
22. ฉันรู้สึกว่าได้รับคำตำหนิ จากผู้ป่วยหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง							

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามภาวะความเครียด

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านในระยะเวลา 2 เดือนที่ผ่านมาที่ท่านมีอาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด (ตัวอย่างในการตอบในคำชี้แจง ส่วนที่ 2 – 4)

อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึก	ระดับอาการ			
	ไม่เคยเลย	เป็นครั้งคราว	เป็นบ่อย	เป็นประจำ
	0	1	2	3
1. นอนไม่หลับเพราะคิดมากหรือกังวลใจ				
2. รู้สึกหงุดหงิด รำคาญใจ				
3. ทำอะไรไม่ได้เลยเพราะประสารถึงเครียด				
4. มีความวุ่นวายใจ				
5. ไม่อยากพบปะผู้คน				
6. ปวดหัวข้างเดียว หรือปวดบริเวณขมับทั้ง 2 ข้าง				
7. รู้สึกไม่มีความสุขและเศร้าหมอง				
8. รู้สึกหมดหวังในชีวิต				
9. รู้สึกว่าชีวิตของตนไม่มีคุณค่า				
10. กระวนกระวายอยู่ตลอดเวลา				
11. รู้สึกว่าตนเองไม่มีสมาธิ				
12. รู้สึกเปลี่ยวไม่มีแรงจะทำอะไร				
13. รู้สึกเหนื่อยไม่อยากทำอะไร				
14. มีอาการหัวใจเต้นแรง				
15. เสียงสั่น ปากสั่น หรือมือสั่นเวลาไม่พอใจ				
16. รู้สึกกลัวผิดพลาดในการทำสิ่งต่างๆ				
17. ปวด หรือเกร็งกล้ามเนื้อบริเวณท้ายทอย หลัง หรือไหล่				
18. ตื่นเต้นง่ายกับเหตุการณ์ไม่คุ้นเคย				
19. มีเหงงหรือเวียนศีรษะ				
20. ความสุขทางเพศลดลง				

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับฉันและครอบครัว

คำชี้แจง ข้อคำถามเกี่ยวกับที่พึ่งของผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ส่วน คือ คำถามเกี่ยวกับแหล่งที่พึ่ง และคำถามเกี่ยวกับการได้รับการพึ่งพา

4.1 คำถาม : ในชีวิตประจำวันของคนเรามักจะเผชิญกับปัญหาทั้งส่วนตัวและครอบครัว ขอให้ท่านพิจารณากลุ่มบุคคลที่ท่านได้รับความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 กลุ่ม) ถ้าท่านมีเหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือ ท่านจะไปขอความช่วยเหลือจากใคร

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. บิดา มารดา | <input type="checkbox"/> 2. บุตร |
| <input type="checkbox"/> 3. คู่สมรส | <input type="checkbox"/> 4. ญาติ |
| <input type="checkbox"/> 5. มิตรสหาย | <input type="checkbox"/> 6. เพื่อนบ้าน หรือ เพื่อนร่วมงาน |
| <input type="checkbox"/> 7. พระ หรือ นักบวช | <input type="checkbox"/> 8. บุคลากรทางด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล |
| <input type="checkbox"/> 9. หน่วยบริการต่าง ๆ ที่จัดให้ในชุมชน | <input type="checkbox"/> 10. ผู้มีปัญหาคคล้ายๆกัน |
| <input type="checkbox"/> 11. อื่นๆ โปรดระบุ..... | |

4.2 คำถาม : ข้อความต่อไปนี้เป็นการได้รับการพึ่งพาด้านต่าง ๆ จากบุคคลที่ท่านเลือกในข้างต้น (ตัวอย่างในการตอบในคำชี้แจงส่วนที่ 2 – 4)

ข้อความ	ระดับการรับรู้				
	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
1. ครอบครัวช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ฉันได้ใช้					
2. มีครอบครัวบางคนชมเชยฉันในเรื่องการดูแลผู้ป่วย					
3. ครอบครัวเห็นว่าฉันเป็นผู้เสียสละในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย					
4. ฉันมีคนที่ยกย่องให้กำลังใจ เมื่อฉันรู้สึกท้อแท้หรือวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย					
5. ฉันมีคนที่สามารถพึ่งพาทางการเงินได้					

ข้อความ	ระดับการรับรู้				
	น้อยมาก	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
6. ฉันมีคนคอยมาเยี่ยมเยียนอย่างสม่ำเสมอ					
7. ฉันมีคนที่จะช่วยแบ่งเบาภาระในบ้านแทนฉัน เมื่อฉันต้องดูแลผู้ป่วย					
8. ฉันมีคนช่วยดูแลผู้ป่วยเพื่อผลัดเปลี่ยนให้ฉันได้พักผ่อนหรือทำกิจกรรมผ่อนคลาย					
9. ฉันมีคนคอยช่วยพาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาล					
10. คนรอบข้างช่วยจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นมาให้ผู้ป่วยได้ใช้					
11. มีคนปลอบโยนฉันเมื่อฉันมีเรื่องไม่สบายใจ					
12. มีคนให้ความรู้ฉันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย					
13. เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ฉันมีคนที่สามารถช่วยแก้ปัญหาหรือตอบข้อสงสัยให้แก่ฉันได้					
14. ฉันมีคนคอยแนะนำหรือเสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้ป่วย					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการมองโลก

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้เป็นการสอบถามการมองชีวิตในแง่มุมต่างๆของผู้ดูแลผู้ป่วย ในแต่ละข้อ คำถามจะมีตัวเลขให้เลือกตั้งแต่ 1 ถึง 7 โดยที่ตำแหน่งเลข 1 ถึง 7 จะมีข้อความที่บ่งบอกลักษณะ

ตรงกันข้าม ส่วนตัวเลขตรงกลางจากเลข 2 ถึง 6 จะบ่งชี้ถึงความมากน้อยของความรู้สึกนึกคิด โดยอาศัยข้อความในตำแหน่งเลข 1 ถึง 7 เป็นหลัก กรุณา รอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ตัวอย่าง ท่านมีความพึงพอใจกับการดูแลผู้ป่วยของท่านมากน้อยเพียงใด

1	2	3	4	5	6	<input checked="" type="radio"/> 7
ไม่พอใจเลย						พอใจเป็นอย่างมาก

แสดงว่า ท่านมีความพึงพอใจเป็นอย่างมากกับการดูแลผู้ป่วยของท่าน

กรุณา รอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุด

1. เมื่อท่านพูดคุยกับบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกบ้างหรือไม่ว่าคนอื่นไม่เข้าใจท่าน

1	2	3	4	5	6	7
ไม่เคยรู้สึกเลย						มักรู้สึกเช่นนี้เสมอ

2. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อท่านต้องทำอะไรก็ตามที่ต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลอื่น ท่านมีความรู้สึกอย่างไร

1	2	3	4	5	6	7
ทำไม่สำเร็จ						ทำสำเร็จ
อย่างแน่นอน						อย่างแน่นอน

3. นอกจากญาติหรือเพื่อนสนิทแล้ว ขอให้ท่านนึกถึงบุคคลที่ท่านติดต่อยู่ในชีวิตประจำวันว่าท่านรู้จักเขาเหล่านั้นมากน้อยเพียงใด

1 2 3 4 5 6 7

รู้สึกว่าเขา
เป็นคนแปลกหน้า

รู้จักพวกเขา
เหล่านั้นเป็นอย่างดี

4. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณไม่สนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นรอบๆตัวท่านบ่อยเพียงใด

1 2 3 4 5 6 7

ไม่เคยรู้สึกเลย

รู้สึกว่าเป็น
เช่นนี้บ่อย

5. ในอดีตที่ผ่านมา ท่านเคยพบกับความแปลกใจในการกระทำของบุคคล ซึ่งท่านคิดว่าท่านรู้จักเขาเป็นอย่างดีบ้างไหม

1 2 3 4 5 6 7

ไม่เคยพบเลย

เคยพบอยู่เสมอ

6. ท่านรู้สึกบ้างไหมว่าคนที่ท่านไวใจทำให้ท่านต้องผิดหวัง

1 2 3 4 5 6 7

ไม่เคยรู้สึกเลย

เคยรู้สึกอยู่เสมอ

7. ท่านมองชีวิตของท่านอย่างไร

1 2 3 4 5 6 7

เต็มไปด้วย
สิ่งที่น่าสนใจ

มีแต่สิ่ง
จำเจ ซ้ำซาก

8. จนกระทั่งบัดนี้ ชีวิตของท่านมีจุดประสงค์ หรือเป้าหมายบ้างหรือไม่

1 2 3 4 5 6 7

ไม่มีเลย

มีอย่างชัดเจน

9. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณไม่ได้รับความยุติธรรมบ้างหรือไม่

1 2 3 4 5 6 7

รู้สึกเช่นนี้บ่อย

รู้สึกเช่นนี้น้อยมาก
หรือไม่เคยเลย

10. ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ชีวิตของท่านเป็นอย่างไร

1 2 3 4 5 6 7

เต็มไปด้วย
การเปลี่ยนแปลง
ที่ไม่ทราบเลยว่า
ต่อไปจะเกิดอะไรขึ้น

มีความมั่นคง

11. ท่านมีความคิดอย่างไรกับสิ่งที่ท่านจะทำในอนาคต

1 2 3 4 5 6 7

น่าตื่นเต้นท้าทาย

น่าเบื่อหน่าย

12. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย และไม่ทราบว่าจะทำอะไรบ่อยเพียงใด

1 2 3 4 5 6 7

บ่อยมาก

น้อยมาก หรือ
ไม่เคยเลย

13. คำอธิบายการมองชีวิตของท่านที่ตรงที่สุดคือ

1	2	3	4	5	6	7
คนเรามักจะหา ทางแก้ปัญหา หรือทุกข์ใน ชีวิตได้เสมอ						ปัญหา หรือ ความทุกข์ใน ชีวิต ไม่มีทาง จะแก้ไขได้

14. เมื่อท่านคิดถึงชีวิตของท่าน ท่านมักจะ

1	2	3	4	5	6	7
รู้สึกยินดีที่มี ชีวิตอยู่						มักจะถามตนเอง ว่าทำไมจึงต้องมี ชีวิตอยู่

15. เมื่อท่านพบกับปัญหาที่ยุ่งยาก แนวทางแก้ไขของท่านมักจะ

1	2	3	4	5	6	7
สับสนและหา ทางออกได้ยาก						แจ่มชัดเสมอ

16. ท่านรู้สึกอย่างไรกับสิ่งที่ท่านกระทำอยู่ทุกวันนี้

1	2	3	4	5	6	7
ยินดีและ พอใจมาก						เหนื่อยหน่าย และทุกข์ใจ

17. ชีวิตของท่านในอนาคตอาจจะ

1	2	3	4	5	6	7
เต็มไปด้วยความ เปลี่ยนแปลง โดย ที่ท่านไม่ทราบว่าจะ ต่อไปจะเกิดอะไรขึ้น						อนาคตแจ่มชัด และมั่นคง

18. ในอดีตที่ผ่านมา เมื่อท่านพบกับสิ่งที่ไม่สมหวัง ท่านมักจะ

1	2	3	4	5	6	7
ปล่อยให้ตนเอง เป็นทุกข์ จนไม่เป็น อันกินอันนอน						บอกกับตนเอง ว่า เมื่อมันเกิดขึ้น ก็ อยู่กับมันให้ได้ และ ดำเนินชีวิตต่อไป

19. ท่านมีความรู้สึกนึกคิดสับสนบ่อยเพียงใด

1	2	3	4	5	6	7
บ่อยมาก					น้อยมาก หรือ ไม่มีเลย	

20. เมื่อท่านรู้สึกยินดีในสิ่งที่ท่านได้กระทำลงไป

1	2	3	4	5	6	7
ท่านจะรู้สึก ยินดีตลอดไป						มักจะมีเหตุการณ์ มาลบเลือนความ ยินดีนั้นเสีย

21. บ่อยแค่ไหนที่ท่านเกิดความคิดว่า ความรู้สึกที่กำลังเกิดขึ้นภายในจิตใจของท่านนั้นไม่น่าจะเกิดขึ้น

1 2 3 4 5 6 7

บ่อยมาก

น้อยมาก หรือ
ไม่มีเลย

22. ท่านคาดคิดว่า ชีวิตส่วนตัวของท่านในอนาคตจะ

1 2 3 4 5 6 7

ไม่มีความหมาย
หรือเป้าหมายเลย

เต็มไปด้วยความหมาย
และเป้าหมาย
อย่างเต็มเปี่ยม

23. ในอนาคต ท่านคิดว่าจะมีคนที่ท่านจะไว้เนื้อเชื่อใจ และพึ่งพาได้เสมอหรือไม่

1 2 3 4 5 6 7

แน่ใจว่าจะมี

สงสัยอยู่ว่า
จะมีหรือไม่

24. ท่านเกิดความรู้สึกไม่แน่ใจว่าจะอะไรจะเกิดขึ้นต่อไปบ่อยเพียงใด

1 2 3 4 5 6 7

บ่อยมาก

น้อยมาก หรือ
ไม่มีเลย

25. คนเราทุกคนไม่ว่าจะแข็งแกร่งอย่างไรก็ตาม บางครั้งในบางสถานการณ์จะรู้สึกจมอยู่ในความทุกข์ ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้บ่อยแค่ไหนในอดีตที่ผ่านมา

1 2 3 4 5 6 7

ไม่เคยเลย

บ่อยมาก

26. เมื่อเหตุการณ์ที่ท่านคาดคิดไว้เกิดขึ้นจริง ท่านมักจะพบว่า

1 2 3 4 5 6 7

ท่านคาดคิดถึงความสำคัญ
ของเหตุการณ์นั้นน้อยหรือมากเกินไป

ท่านคาดคิดเหตุการณ์ได้ตรง
ตรงกับความเป็นจริง

27. เมื่อท่านคิดถึงความสำเร็จที่อาจจะต้องเผชิญในส่วนสำคัญของชีวิต ท่านมีความรู้สึกว่าคุณจะประสบความสำเร็จในการเอาชนะอุปสรรคนั้นได้หรือไม่

1 2 3 4 5 6 7

ได้แน่นอน

ไม่ได้อย่างแน่นอน

28. ท่านมีความรู้สึกว่าคุณทำอะไรในวันนี้ไม่ค่อยมีความหมายบ่อยเพียงใด

1 2 3 4 5 6 7

รู้สึกบ่อยมาก

น้อยมากหรือไม่เคยเลย

29. ท่านมีความรู้สึกไม่แน่ใจว่า ท่านจะควบคุมสถานการณ์ต่างๆในชีวิตได้บ่อยแค่ไหน

1

2

3

4

5

6

7

บ่อยมาก

น้อยมาก หรือ
ไม่มีเลย

ขอบพระคุณค่ะที่ให้ความร่วมมือ





ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ประวัติย่อผู้ทำสารนิพนธ์

ชื่อ ชื่อสกุล	ภาณุมาส ศรีธิตอง
วัน เดือน ปีเกิด	17 ธันวาคม 2524
สถานที่เกิด	จังหวัดตาก
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	316 หมู่ 4 ตำบลแม่ท้อ อำเภอเมือง จังหวัดตาก
ตำแหน่งหน้าที่การงานปัจจุบัน	นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จังหวัดตาก อำเภอเมือง จังหวัดตาก
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ. 2543	มัธยมศึกษาตอนปลาย จาก โรงเรียนผดุงปัญญา อำเภอเมือง จังหวัดตาก
พ.ศ. 2546	วิทยาศาสตรบัณฑิต (วท.บ.) จิตวิทยา จาก มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
พ.ศ. 2556	การศึกษามหาบัณฑิต (จิตวิทยาพัฒนาการ) จาก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ