

ความเครียด การเผชิญความเครียด และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตพื้นที่อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

เกศมณี หมองหลอด*, ณัฐญาดา ไชยชาติ*, ประเสริฐ ประสมรักษ์*, วาณิชา ยะเปียงปลุก*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด และปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรสำหรับวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ได้เท่ากับ 130 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความเครียด การเผชิญความเครียด มีความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมานด้วย Multiple regression analysis โดยวิธี Stepwise

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นมารดา อายุเฉลี่ย 56.77 ± 12.43 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร ไม่มีโรคประจำตัว ดูแลผู้ป่วยมากกว่า 30 ปี มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย การรับรู้สมรรถนะตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก มีความเครียดเฉลี่ย 29.02 ± 11.18 คะแนน เผชิญความเครียดด้วยวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 53.1 โดยปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.936, p < .001$) สัมพันธภาพกับผู้ป่วย ($r = -.930, p < .05$) โดยร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 88.6 ($F = 241.818, p < .001$) ดังนั้น ควรสร้างเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลและสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว

คำสำคัญ: ความเครียด, การเผชิญความเครียด, ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

*โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding Author: Prasert Prasomruk. prasert.pra@mahidol.edu

Received 05/01/2021

Revised 10/02/2021

Accepted 09/03/2021

**STRESS, STRESS-COPING AND FACTORS EFFECTING TO STRESS
AMONG CAREGIVERS OF PSYCHIATRIC PATIENTS IN AMNAT CHAREON
DISTRICT, AMNAT CHAREON PROVINCE**

Gesmanee Monglord, Natthayada Chaichat*, Prasert Prasomruk*, Wanicha Yapiangpluk**

ABSTRACTS

This cross-sectional study aims to determine the characteristics of stress, stress coping, and stress factors that effect on caregivers of psychiatric patients in Muang district, Amnat Chareon province. The sample size was calculated from a multiple regression analysis for 130 peoples and the participants were chosen by cluster random sampling. The collected data were using questionnaires regarding to stress and stress coping that reliability was 0.90. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics with stepwise multiple regression analysis.

The results showed that the majority of caregivers were mothers, with a mean age of 56.77 ± 12.43 years, received primary education, working as a farmer, caring periods up to 30 years. The patients showed a good patient-caregiver- and family relationship. The social support was also found in high level. Most caregivers had an average stress score of 29.02 ± 11.18 . The participants were chose facing the problem as a stress coping strategy for 53.1%. Correlational analysis revealed that a statistically significant negative correlation factor to caregiver stress were self-performance perception ($r = -.936, p < .001$), relationship with patient ($r = -.930, p < .05$). Self-efficacy was the best predictor and able to predict the stress of caregivers of psychiatric patients for 88.6% ($F = 241.818, p < .001$). Therefore, Promotion should be the competency of caregiver and family relationship.

Keywords: stress, stress-coping, caregiver of psychiatric patients

*Mahidol University Amnatchareon Campus

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด โดยพบอัตราความชุกสูงถึงร้อยละ 1-1.15 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 ต่อพันประชากร ต่อปี¹ อุบัติการณ์ของโรคพบได้ร้อยละ 0.85 ของประชากรทั่วโลก ซึ่งขณะนี้ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคจิตเภทกว่า 20 ล้านคน คิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน ในประชากรวัยผู้ใหญ่ และมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี² ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7.0-9.0 ต่อพันประชากร เพศหญิงและเพศชายพบได้เท่า ๆ กัน พบในช่วงอายุ 15-54 ปี³ ประเทศไทยปี 2558-2562 พบผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มลดลงจาก 443,677 เป็น 273,817 ราย เช่นเดียวกับในจังหวัดอำนาจเจริญ พบผู้ป่วยจิตเภทในช่วงปี 2558-2562 พบผู้ป่วยลดลงจาก 3,118 เป็น 1,701 ราย⁴ โดยอำเภอเมืองอำนาจเจริญพบผู้ป่วยมากที่สุดจำนวน 527 คน แม้ผู้ป่วยจะมีแนวโน้มลดลงแต่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมรุนแรงและไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ มักจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทำให้จำเป็นต้องมีผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบดูแล⁵ ซึ่งต้องดูแลเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยมักจะมีอาการกำเริบซ้ำและไม่หายสนิทตลอดชีพ⁶ โดยผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยครั้งมักมีโอกาสที่จะเกิดพยาธิสภาพถาวรมากขึ้นจึงทำให้ความสามารถในการ

ดูแลตัวเองลดลง⁷ และอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่น³ จึงจำเป็นต้องมีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว⁸ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นเวลานานทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด

การดูแลผู้ป่วย เป็นเวลานาน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเหนื่อยล้า อ่อนเพลีย นอนไม่หลับบางครั้งต้องคอยเฝ้าสังเกตอาการและระวังอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองและผู้ป่วยและอาจได้รับบาดเจ็บจากการถูกผู้ป่วยทำร้าย⁹ ทำให้เกิดภาวะความเครียด วิดกกังวล เบื่อหน่ายผู้ป่วยที่ไม่พยายามช่วยเหลือตนเอง มีอารมณ์หงุดหงิด รำคาญ เวลาที่พบกับผู้ป่วยไม่รู้เรื่องภาระด้านรายได้และค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากค่ายา ค่าเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปรับการรักษา จนส่งผลให้ผู้ดูแลเข้าสู่สภาวะซึมเศร้า การพบปะสังสรรค์กับครอบครัวและเพื่อนลดลง การดูแลตนเองลดลง¹⁰ จะเห็นได้ว่าความเครียดเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งหากผู้ดูแลมีความเครียดและความวิตกกังวลสูง ย่อมสามารถส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ การตัดสินใจและความสามารถในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย อีกทั้งความเครียดยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งอาจจะมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดความเจ็บป่วยตามมาได้¹¹

เมื่อผู้ดูแลเกิดความเครียดก็จะพยายามใช้พลังงานและแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่เพื่อจัดการกับความเครียด โดยใช้การเผชิญ

ความเครียดในรูปแบบและวิธีการที่แตกต่างกัน¹² ได้แก่ การเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม โดยแต่ละคนจะใช้เวลาเผชิญความเครียดลักษณะใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับสถานการณ์ในแต่ละเรื่อง ซึ่งการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมจะทำให้ความเครียดหมดไปได้ บุคคลที่เผชิญความเครียดอย่างไม่มีประสิทธิภาพจะก่อให้เกิดปัญหาจากความเครียดและเกิดโรคจิตประสาทภายหลังได้¹³

อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาก็ให้ความสำคัญกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอื่น ๆ แต่การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังมีส่วนน้อย ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ผู้วิจัยจึงได้นำเอาทฤษฎีระบบนิเวศวิทยา¹⁴ ซึ่งทฤษฎีนี้ประกอบด้วยปัจจัยในระดับบุคคล ระดับระหว่างบุคคล ระดับสังคมและชุมชน และระดับวัฒนธรรมมาเป็นกรอบแนวคิดเพื่อขยายความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทุกปัจจัยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันและกันในทุกระดับและเชื่อมโยงกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อให้สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปประยุกต์ในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อศึกษาระดับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา (Method)

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยวิเคราะห์ภาคตัดขวาง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 527 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. เกณฑ์คัดเข้า ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป โดยดูแลผู้ป่วยไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ มีสติสัมปชัญญะดีสามารถอ่านและสื่อสารภาษาไทยได้
2. เกณฑ์คัดออก เป็นผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และมีผลการประเมินภาวะการรับรู้คติน้อยกว่า 6 คะแนน และกลุ่มผู้ดูแลที่ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยทั้งก่อนและระหว่างดำเนินการให้ข้อมูลวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ โดยการคำนวณหา

ขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับวิเคราะห์สมการถดถอยพหุของ Cohen (1988) ดังนี้

$$\text{สูตร } n = \frac{\lambda}{f^2} = \frac{\lambda(1 - R^2)}{R^2}$$

แทนค่า R^2 จากการศึกษาภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ วาสนา นามเหลา¹⁵ เท่ากับ 0.16 ค่า λ = ที่ได้จากตาราง Cohen เมื่อเทียบจากตารางที่ Power เท่ากับ .90, Alpha เท่ากับ 0.05, v (จำนวนประชากรที่จะศึกษา) เท่ากับ ∞ ในตารางเทียบกับ ∞ เนื่องจากประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 527 คน และ u (จำนวนตัวแปรต้น หรือ ตัวแปรอิสระ) เท่ากับ 15 จึงได้ค่า λ เท่ากับ 22.4 จะได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 117.6 เพิ่มอัตราการสูญเสียร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 130 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) ด้วยการสุ่มตำบล จาก 19 ตำบล ได้แก่ ตำบลนาฝือ จำนวน 41 คน ตำบลไถ่คำ จำนวน 26 คน ตำบลกุดปลาทุก จำนวน 22 คน ตำบลห้วยไร่ จำนวน 20 คน และตำบลหนองมะแซว จำนวน 21 คน รวมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้ง 5 ตำบล มีจำนวน 130 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. การสร้างเครื่องมือ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากบททวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะตนเอง จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์มาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากความมั่นใจมาก จนถึงไม่มีความมั่นใจเลย คะแนนระหว่าง 3-0 คะแนน

ส่วนที่ 3 สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบสัมภาษณ์มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับตลอดเวลา จนถึงไม่เคยมีเลย คะแนนระหว่าง 4-0 คะแนน

ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 16 ข้อ มี 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการช่วยเหลือสิ่งของและเครื่องมือ และการสนับสนุนด้านการให้การประเมิน เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับมากที่สุด จนถึงไม่ได้รับเลย คะแนนระหว่าง 3-0 คะแนน

ส่วนที่ 5 ความเชื่อเกี่ยวกับโรคจิตเภท จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ระดับมากที่สุด จนถึงระดับน้อยที่สุด คะแนนระหว่าง 4-0 คะแนน

ส่วนที่ 6 แบบวัดความเครียด ของ Perceived Stress Scale (PSS) ของโฮเคน แคมมาร์ค และเมอร์เมลสไตน์ (1983) แปลเป็นภาษาไทยโดย เบญจรัตน์ ชีวพูนผล¹⁶ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยใน 1 เดือน ที่ผ่านมา จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบวัดการเผชิญความเครียด ของจาโลวิค (1988) แปลเป็นภาษาไทยโดย เบญจรัตน์ ชีวพูนผล¹⁶ ประกอบด้วย การเผชิญความเครียดแบบเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับปัญหาทางอ้อม รวม 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า มีระดับคะแนน 5 อันดับ

การแปลผลส่วนที่ 2-6 แปลผลเป็น 3 ระดับ คือ น้อย ปานกลาง และมาก โดยใช้เกณฑ์ในการให้คะแนนตามสูตรของ Best (1977)

2. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานมาใช้ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงและเที่ยง ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มเป้าหมายทราบวัตถุประสงค์และลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย ทำการแจกแบบสอบถามและอธิบายการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจได้อย่างถูกต้อง และทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบทุกฉบับเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

การวิเคราะห์ข้อมูล บันทึกข้อมูลในคอมพิวเตอร์โดย double data entry วิเคราะห์โดยโปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัย และสถิติเชิง

อนุมาน เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว ด้วย Spearman Rank Correlation, Pearson's Product Moment Correlation และ Multiple linear Regression Analysis ด้วยวิธี Stepwise

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญเลขที่ 10/2563 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563

ผลการศึกษา (Results)

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการตอบกลับเท่ากับร้อยละ 100 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.1 มีอายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 53.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 84.6 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 80.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.8 มีรายได้ไม่เกิน 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 77.7 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.2 เป็นมารดาของผู้ป่วยมากที่สุด ร้อยละ 26.2 มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 19.25 ± 11.86 ปี รับรู้สมรรถนะตนเองระดับมาก ร้อยละ 61.5 ผู้ดูแลและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ร้อยละ 62.3 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมระดับมาก ร้อยละ 61.5 มีความเชื่อเกี่ยวกับโรคจิตเภทระดับมาก ร้อยละ 67.7

2. **ความเครียด** กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.5 โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 29.02 (S.D.=11.18, range=16-48)

3. **การเผชิญความเครียด** กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการเผชิญหน้ากับปัญหา ร้อยละ 53.1 รองลงมาใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับปัญหาทางอ้อม ร้อยละ 33.8 และน้อยที่สุดใช้วิธีการเผชิญความเครียดแบบการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 13.1

4. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด

4.1 **การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว** จากการวิเคราะห์ตัวแปรเบื้องต้น พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($r = -.936, p < .001$) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ($r = -.930, p < .001$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = -.914, p < .001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ (n=130)

ปัจจัย	r	p-value
ปัจจัยระดับบุคคล		
เพศ	.019	.828
อายุ	.154	.079
ศาสนา	.111	.207
การศึกษา	-.098	.268
อาชีพ	-.093	.291
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	-.936	<.001*
โรคประจำตัวของผู้ดูแล	.105	.235
สถานภาพ	.077	.386
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	-.150	.089
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	.049	.579

ตารางที่ 1 การทดสอบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ (n=130) (ต่อ)

ปัจจัย	r	p-value
จำนวนบุคคลในครอบครัวที่ต้องดูแลนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วย	-.061	.489
ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล		
รายได้ของครอบครัว	-.155	.079
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว	-.930	<.001*
ปัจจัยระดับสังคมและชุมชน		
แรงสนับสนุนทางสังคม	-.914	<.001*
ปัจจัยระดับวัฒนธรรม		
ความเชื่อเกี่ยวกับโรคจิตเภท	.040	.650

4.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยที่สามารถทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด คือ การรับรู้สมรรถนะตนเอง ($\beta = -.598$, $p < .001$) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ($\beta = -.474$, $p < .001$)

ตามลำดับ โดยพบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 88.6 ($R^2_{adj} = .882$, $p < .001$) โดยมีความคลาดเคลื่อนในการทำนายเท่ากับ .071 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ (n=130)

ตัวแปร	B	Std. Error	Beta	t	p-value
การรับรู้สมรรถนะตนเอง	-.478	.112	-.598	-4.274	<.001*
สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว	-.277	.119	-.474	-2.320	.022*
แรงสนับสนุนทางสังคม	.108	.139	.131	.775	.440
ค่าคงที่	3.644	.071	-	50.994	<.001
$r = .941$, $F = 241.818$, $R^2 = .886$, Adjusted $R^2 = .882$					

*อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิจารณ์ (Discussions)

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภาวิณี พรหมบุตร¹⁷ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในญาติผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่าความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ และการศึกษาของกิริติญา ไไทยอุ¹⁸ พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความเครียดระดับต่ำ เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะตนเองสูง ทำให้เกิดทักษะการปรับตัว เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการลดความเครียด

2. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่ใช้วิธีเผชิญความเครียดแบบวิถีการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิริติญา ไไทยอุ¹⁸ โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ใช้การปรับตัวและพยายามใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยเพื่อที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้ต่อไปในภาวะที่มีขีดจำกัดของแต่ละครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Jalowiec¹³ กล่าวว่าวิถีการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหาหรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยพยายามแก้ปัญหาและคิดวิธีต่าง ๆ เพื่อควบคุมปัญหาอาจใช้วิธีเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นผลจากความคิดของตนเองหรือใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมที่กำลังคุกคามอยู่

3. ปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การรับรู้สมรรถนะตนเอง และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรียงตามน้ำหนักสัมประสิทธิ์การถดถอยจากมากไปน้อย คือ การรับรู้สมรรถนะตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -.598, p < .001$) และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว ($\beta = -.474, p < .022$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 88.6 โดย แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.914, p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นัทธมนต์ ฉิมสุข¹⁹ พบว่า ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะกดดันด้านจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ มีพฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป จึงทำให้ผู้ดูแลมีภาวะกดดันด้านจิตใจ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของนัทธมนต์ ฉิมสุข¹⁹ พบว่า ความเกี่ยวข้อง

ระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาวะกีดกันด้านจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเกี่ยวข้องระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแล ตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของไทยที่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัว จะมีความผูกพันต่อกัน ส่งผลให้มีการรับรู้ภาวะกีดกันด้านจิตใจของบุคคลในครอบครัวมาก และปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เอมิกา กลยูนิเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี²⁰ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น

ข้อยุติ (Conclusions)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับต่ำ ใช้การเผชิญความเครียดโดยวิธีเผชิญหน้ากับปัญหา โดยการเรียนรู้สมรรถนะตนเอง และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัว มีผลต่อ

ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

1. ควรเสริมสร้างสมรรถนะผู้ดูแลในด้านการจัดการความเครียดและการรับรู้สมรรถนะตนเอง เพื่อให้สามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม
2. ควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อสร้างความรับผิดชอบร่วม ความเข้าใจต่อผู้ป่วย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

การศึกษาค้นคว้านี้ ชี้ให้เห็นว่า การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชยังมีส่วนน้อย ปัจจัยระดับระหว่างบุคคล ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ และความร่วมมือผู้ร่วมตอบแบบสอบถามทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Ruangtrakul S. *Textbook of Psychiatry*. 7thed. Bangkok: Ruenkaew Printing; 2002.
2. World Health Organization. *Schizophrenia Fact sheet* [online] 2016 [cited 2020 Aug 25]. Available

- from: <https://who.int/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>
3. Lotrakul M, Sukanich P. **Ramathibodi Psychiatry**. 2nd ed. Bangkok: Beyond Entertainment; 2012.
 4. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. **Annual Report of the Department of Mental Health, Fiscal Year 2019** [online] 2019 [cited 2020 Aug 27]. Available from: <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
 5. Sanlamun B, Kedsombun P. The effect of education program for caregiver of Schizophrenia patients. **Community Health Development Quarterly Khon Kaen University** 2014; 2(3): 25-35. [in Thai].
 6. Switaj P, Anczewaka M, Chrostek A, Sabariego C, Cieza A, Bickenbach J, et al. Disability and schizophrenia: A systematic review of experienced psychosocial difficulties. **BMC Psychiatry** 2012; 12(193): 1-12.
 7. Ziedonis D, Yanos PT, Silverstein SM. **Relapse prevention for schizophrenia**. In Witkiewitz KA, Marlatt GA. (eds.), **Therapist's guide to evidence-based relapse prevention**. Burlington, MA: Elsevier; 2007. 117-140.
 8. Nuancharoen S. The effect of promoting perceived self-efficacy program on dependent care agency among caregivers of schizophrenic patients. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2010; 25(2): 117-129. [in Thai].
 9. Yoetpanya D, Lueboonthavatchai O. The Effect of Sense of Coherence Promoting Program on Quality of Life of Schizophrenic Patient's Caregivers in a Community. **The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2014; 28(3): 63-74. [in Thai].
 10. Thongsai S. Schizophrenia care in a sustainable Thai Society Context. **Journal of nursing Division** 2015; 42(3): 159-168. [in Thai].
 11. Chantayanont D, Srisuwan P, Wisetduangtham K, Virapolchai K, Suwankanoknak J, Supacharupun T, et al. Attitude and caregiver burden from taking care of stroke patients in Phra Nakhon Si Ayutthaya District Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. **Journal of the Preventive Medicine Society of Thailand** 2011; 1(1): 58-65. [in Thai].
 12. Sherwood PR, Given BA, Given CW, Schiffman RF, Murman DL, Lovely M,

- et al. Predictors of distress in caregivers of persons with a primary malignant brain tumor. **Research in Nursing & Health** 2006; 29: 105–120.
13. Jalowiec A. **Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale**. In Waltz CF, Strickland OL, editors. **Measurement of nursing outcomes: measurement client outcome**. New York: Springer 1988; 283-308.
14. Bronfenbrenner U. **The developing ecology of human development: Paradigm lost or paradigm regained**. In U. Bronfenbrenner (ed.). **Making human beings human: Bio ecological perspectives on human development** 2005; 94-105.
15. Namlao W. **Factors Affecting Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospita**. **Journal of Phrapokklao nursing college** 2018; 29(2): 23-35. [in Thai].
16. Cheewoonphon B. **Relationship between personal factors. Fear of reactions from important people coping with stress Social support and image of postoperative breast cancer patients**. Bangkok: Chulalongkorn University; 2004. [in Thai].
17. Prombut P. **Factors Related to Stress of Family Caregiver of Patients with Stroke at home**. **Journal of Ramathibodi Nursing** 2014; 20: 82-96. [in Thai].
18. Thaiu K. **Stress and coping strategies in caregivers for elderly with psychotic disorder**. Bangkok: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2015.
19. Chimsuk N. **Selected Factors Related to Psychological Distress of Family Caregivers of Schizophrenic Patients**. **Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health** 2014; 28(3): 49-62. [in Thai].
20. Klayuni E, Domyud D, Uamtani A. **Selected Factors Relating to Quality of Life among Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia at Home**. **Journal of the Police Nurses** 2015; 7(1): 1-13. [in Thai].