

บทวิจัย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เลอลักษณ์ มหิพันธ์ *

ชนิดดา แนนเกษร ** ดวงใจ วัฒนสินธุ์ ***

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่จำเป็นจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่ดูแลและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีพลังในการประคับประคองชีวิตของตนเองเพื่อความผาสุกในชีวิต โดยเฉพาะสุขภาวะทางปัญญา การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา การระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดสุขภาวะทางปัญญา แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา แบบวัดการระการดูแล และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .83, .71, .91, .90 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation statistics)

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญาโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา การสนับสนุนทางสังคม และอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และ .05 ($r = .636, .448$ และ $.200$ ตามลำดับ) ส่วนการระการดูแล และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่กำหนด

บุคลากรทางสุขภาพสามารถใช้ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการสร้างเสริมความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำสำคัญ : สุขภาวะทางปัญญา/ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

* นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** ผู้รับผิดชอบหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา

*** อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยบูรพา

Factors Related to Spiritual Well-Being among Caregivers of Schizophrenic Patients

Lerluk Mahiphun*

Capt.Chanuudda Nabkasorn** Duangjai Vatanasin***

ABSTRACT

Schizophrenia is a chronic illness that requires continuous care. Caregivers need to take care of and interact with these patients. Caregivers need the power to support their own lives and well-being, especially their spiritual well-being. The purpose of this descriptive correlational research was to study the relationship of factors including age, faithfulness to religious practice, burden, social support, and knowledge of caring for patients with schizophrenia with spiritual well-being among caregivers of patients with schizophrenia. A purposive sampling was used to select the caregivers of schizophrenic patients from one particular psychiatric hospital (n = 100). Data collection was conducted from personal information records, and five self-reported questionnaires including one on spiritual well-being, faithfulness to religious practice, burden, social support, and knowledge of caring for patients with schizophrenia. The reliability coefficients of these five questionnaires were, .83, .91, .90, .85, and .71 respectively. Descriptive statistics and Pearson product-moment correlation coefficient were employed in data analysis.

Results revealed that the average score of total spiritual well-being was at a moderate level. Spiritual well-being was significantly correlated with faithfulness to religious practice, social support, and age at p-values < .01 and .05 (r = .636, .448 and .200 respectively). The knowledge of caring for patients with schizophrenia and burden were not significantly correlated with spiritual well-being among these caregivers.

Health professionals may apply these results to serve as baseline data for the development of interventions aimed at enhancing spiritual well-being among caregivers through promoting caregivers' faithfulness to religious practice and social support.

Key words: spiritual well-being, caregivers, schizophrenic patients

*Master degree nursing student (Mental Health and Psychiatric Nursing), Faculty of Nursing, Burapha University.

** Corresponding Author, Assist Professor, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

*** Lecturer, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University.

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย¹ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ถึงแม้จะมีอาการอยู่ในระดับที่ควบคุมได้แล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีโอกาสเกิดอาการกลับเป็นซ้ำได้ถึงร้อยละ 60 ในช่วงที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกลับเป็นซ้ำมักเป็นอาการทางบวก เช่น หลงผิด ประสาทหลอน ทำให้มีพฤติกรรมแปลก ๆ และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังเกิดกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัวไม่สนใจผู้อื่นหรือแม้แต่การทากิจวัตรประจำวันของตน ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นและเกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตมากขึ้นเรื่อย ๆ และเมื่อมีอาการด้านลบแล้วผู้ป่วยมักจะไม่ค่อยตอบสนองกับการรักษา² ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ที่ดีทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจาก นโยบายของกรมสุขภาพจิตที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติและอยู่ในสังคมของตนได้นอกเหนือจากการรักษาที่โรงพยาบาล¹ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นบุคคลสำคัญที่ต้องทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาจรู้สึกทุกข์ กังวลใจ อีกทั้งยังต้องรับผิดชอบทั้งบทบาทหน้าที่ของตนในครอบครัว สังคม และยังคงต้องรับผิดชอบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

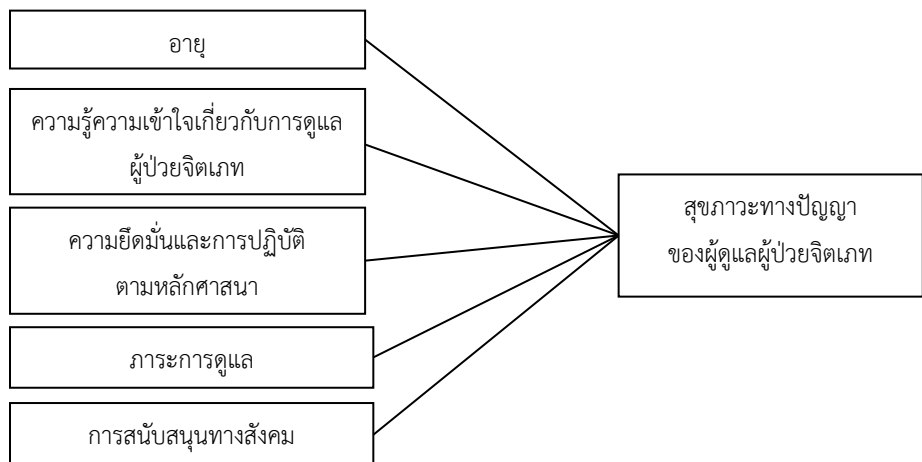
เพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดความยุ่งยากลำบากในการดำเนินชีวิต ขาดอิสระ และการบริหารเวลาถูกรบกวน³ จึงอาจส่งผลกระทบต่อความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องมีพลังในการประคับประคองชีวิตของตนเพื่อรักษาความสมดุลในการดำเนินชีวิตและความผาสุกในชีวิตของตนไปพร้อมกับการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและรับผิดชอบต่อหน้าที่ส่วนบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

ในมุมมองของการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing) ให้ความสำคัญกับการดูแลบุคคลแบบองค์รวม โดยมองบุคคลว่าเป็นหน่วยเดียวกันโดยรวม ประกอบด้วยกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ (ปัญญา) ซึ่งไม่สามารถทำความเข้าใจ โดยการศึกษาแยกเป็นส่วนๆ ได้ โดยเฉพาะจิตวิญญาณ (ปัญญา) เป็นมิติที่สำคัญทำหน้าที่เชื่อมโยงสุขภาพมิติอื่นให้ทำงานสอดคล้องประสานกัน^{4,5,6} ดังนั้น การมีความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญาจะทำให้บุคคลมีสิ่งยึดเหนี่ยวหรือมีแนวทางในการดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นคงแม้ต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรค ซึ่งคำว่า สุขภาวะทางปัญญา หมายถึง ความดี คุณค่า การมีจิตใจสูง เช่น การนึกถึงผู้อื่น การทำเพื่อผู้อื่น การไม่เห็นแก่ตัวหรือมีกิเลสน้อย⁷ สุขภาวะทางปัญญา เป็นความรู้สึก ความเชื่อในสิ่งศักดิ์สิทธิ์ การมีสิ่งยึดมั่นทางด้านจิตใจเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดกำลังใจ มีความสุขและพร้อมที่เผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ สุขภาวะทางปัญญาเกี่ยวข้องกับการมีความผาสุกใน 2 ด้าน ได้แก่ 1) ความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ คือ ความรู้สึกมีเป้าหมาย และความหมายของชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และ 2) ความผาสุกในความยึดมั่นทางศาสนา โดยเฉพาะความยึดมั่นทางศาสนาจะนำไปสู่สุขภาวะทางปัญญาหรือมีแนวทาง

ในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม เป็นการรักษาสมาดุลของชีวิตในขณะที่เผชิญกับปัญหา หรือทำให้มีแนวทางในการดำเนินชีวิตต่อไป อันจะนำไปสู่ความผาสุกของสามมิติที่เหลือคือ กาย จิต และสังคม⁸

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการศึกษเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังพบได้ค่อนข้างน้อย ในขณะที่สุขภาวะทางปัญญาเกี่ยวข้องกับความคิดและความรู้สึกของบุคคลว่ามีแนวทางในการดำเนินชีวิต และสามารถดำเนินชีวิตไปตามปกติโดยมีเป้าหมายของชีวิตและมีความสำเร็จตามประสงค์ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง⁹ และความต้องการด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ ต้องการความสมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องการมีพลังในการประคับประคองชีวิต ต้องการแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวในชีวิต ต้องการปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคม และต้องการมีความผาสุกในชีวิต¹⁰

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา ภาระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม



แผนภูมิที่ 1 ภาพกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ศาสนา ภาระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานการนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการดูแล การส่งเสริมสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาระการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยายหาความสัมพันธ์ โดยประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับยาหรือมาพบแพทย์ตามนัด หรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในปี 2556 มีจำนวน 27,267 คนต่อปี หรือเฉลี่ย 2,272 คนต่อเดือน¹¹ เพื่อให้ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผู้วิจัยจึงคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยลักษณะเฉพาะเจาะจง (Purposive selection) ซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและเป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับยาหรือมาพบแพทย์ตามนัด หรือมารับยาแทนในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 จำนวน 100 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ได้แก่ 1. เป็นผู้มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นบุตร บิดา มารดา พี่น้อง ญาติ หรือสามี ภรรยา ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2. อายุ 18 ปีขึ้นไป 3.สามารถอ่านเขียนและสื่อสารภาษาไทยได้ 4.ยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีคัดกรองคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสัมภาษณ์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยใช้เทคนิคของ Thorndike (1978)¹² ซึ่งมีสูตรในการคำนวณ

$$\text{ดังนี้ } n \geq 10 (k) + 50$$

เมื่อ n คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

k คือ จำนวนตัวแปรต้น

จำนวนตัวแปรต้นที่ศึกษามี 5 ตัวแปร ได้แก่ อายุ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา การการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 100 คน

เครื่องมือและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสำหรับให้กลุ่มตัวอย่างตอบเอง มี 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดสุขภาวะทางปัญญา ผู้วิจัยใช้แบบวัดความผาสุกทางจิตวิญญาณ⁹ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) = 0.88 มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบความผาสุก 2 ด้าน คือ ด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ และด้านความผาสุกในด้านยึดมั่นศรัทธาทางศาสนา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) แต่ละคำตอบมีให้เลือก 6 ระดับ มีตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างมากไปจนถึง เห็นด้วยมาก การแปลผลโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ แบ่งระดับคะแนนดังนี้

20-40 หมายถึง สุขภาวะทางปัญญาในระดับต่ำ

41-99 หมายถึง สุขภาวะทางปัญญาในระดับปานกลาง

100-120 หมายถึง สุขภาวะทางปัญญาในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบวัดภาวะการดูแล ผู้วิจัยใช้แบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹³ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI)= .81 มีคำถามทั้งหมด 28 ข้อ แบ่งคำถามเกี่ยวกับภาวะออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาวะที่มีอยู่จริง 2) ภาวะตามความรู้สึก ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบประมาณค่า 3 ระดับ คือไม่มีปัญหาหรือไม่เป็นภาวะ เป็นปัญหา และเป็นปัญหามาก ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 28-84 คะแนน การแปลผล คะแนน โดยรวมคะแนนทั้งหมด คะแนนมาก หมายถึง ภาวะการดูแลมาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 1¹⁴ ผ่านการนำไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยการนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ราย ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) = 0.97 มีข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ มี 5 ด้าน คือ 1) ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน 2) ด้านการได้รับการยอมรับและการเห็นคุณค่าในตนเอง 3) ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วยเหลือผู้อื่น 5) ด้านการได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำต่าง ๆ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ มีให้เลือกตั้งแต่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก จนถึง เห็นด้วยอย่างมาก ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 25 -175 คะแนน การแปลผล หากคะแนนรวมต่ำกว่าค่ามัธยฐานของแบบวัด (100 คะแนน) แสดงว่าได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำและหากคะแนนรวมสูงกว่าค่ามัธยฐานของแบบวัด แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Valid Index : CVI)= .90 มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ 1 คำตอบ คือ ใช่ หรือ ไม่ใช่ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 0-15 คะแนน การแปลผล โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมาก หมายถึงมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก

ส่วนที่ 6 แบบวัดความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบบวัดนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Valid Index : CVI)= .83 มีข้อคำถามทั้งหมด 6 ข้อ ลักษณะข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีตั้งแต่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 6-30 คะแนน การแปลผล โดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมาก หมายถึง มีความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

การทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

1. แบบวัดสุขภาวะทางปัญญา แบบวัดภาวะการดูแล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา นำมาหาความเชื่อมั่น (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น(reliability) เท่ากับ .83, .90, .85 และ .91 ตามลำดับ

2. แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยการใช้สูตรคูเดอร์ริชชาดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR -20) ได้เท่ากับ .71

วิธีการดำเนินการเก็บข้อมูล

การวิจัยนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ก่อนที่ทำการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการชี้แจง วัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และสิทธิ์ในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการขอร้องให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยไม่มี การระบุชื่อ การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจและมีการลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้ร่วมการวิจัยสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยไม่ส่งผลกระทบต่อ การรับบริการและการรักษาของผู้ป่วยแต่อย่างใด การนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ในรูปแบบร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของ

ปัจจัยที่ศึกษากับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) อายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 53) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97) ระดับการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 62) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 59) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 34) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 62) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 6 - 10 ปี (ร้อยละ 42) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทโดยเป็นบิดา/มารดา (ร้อยละ 37) และระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 77) หมายถึง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความใกล้ชิดสนิทสนมและผูกพันกับผู้ป่วยค่อนข้างมาก ปัจจัยที่ศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางปัญญา โดยรวม = 94.23 (SD = 12.21) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง อายุเฉลี่ย = 49.53 ปี (SD = 12.67) ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนามีค่าเฉลี่ย = 26.73 (SD = 2.93) ภาวะการดูแลมีค่าเฉลี่ย = 34.49 (SD = 9.71) การสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ย = 140.59 (SD = 18.70) และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ย = 11.60 (SD = 1.67) ดังตารางที่ 1

Table 1 Average, standard deviation of age, faithfulness to religion practice, burden, social support, and knowledge of caring for patients with schizophrenia and Spiritual well-being among caregivers of schizophrenia patients

Variable	Average	Standard deviation	Level
1. Age	49.53	12.67	Middle-aged
2. Faithfulness to religion practice	26.73	2.93	High
3. Burden	34.49	9.71	Not a burden
4. Social support	140.59	18.70	High
5. Knowledge of caring for patients with	11.60	1.67	High
6. Spiritual well-being	94.23	12.21	Moderate

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษา ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .636$ และ $.448$

ตามลำดับ) อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .200$) ส่วนภาระการจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2

Table 2 Correlation coefficient between age, faithfulness to religion practice, burden, social support, and knowledge of caring for patients with schizophrenia with spiritual well-being among caregivers of patients with Schizophrenia

Variable	Correlation coefficient (r)	level of relationship
1. Age	.200*	No relationship
2. Faithfulness to religion practice	.636**	Moderate
3. Burden	-.082	No relationship
4. Social support	.448**	Moderate
5. Knowledge of caring for patients with	.086	No relationship

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

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญา

อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 94.23$) สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97) มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญา

ด้านความผาสุกในความยึดมั่นทางศาสนาสูงกว่าด้านความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอื่น มีความสอดคล้องกับค่าคะแนนเฉลี่ยของปัจจัยที่ศึกษาคือ มีระดับความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนาค่อนข้างสูงซึ่งความเชื่อและความยึดมั่นศรัทธาในศาสนาจะทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตสามารถฝึกจิตใจของตนไปในทางที่เหมาะสม ในความคิดดี คิดเป็นและเห็นตรง บุคคลสามารถนำหลักธรรมมาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตได้ แม้ต้องเผชิญกับปัญหา

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา/ มารดา(ร้อยละ 37) มีระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 77) หมายถึงผู้ดูแลมีความสนิทสนมกับผู้ป่วยจิตเภทสูง จึงอาจทำให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปด้วยความรัก ความผูกพัน ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับผลกระทบต่อความผาสุกของตนเองก็ตามแต่ผู้ดูแลก็รู้สึกว่าคุณมีความผาสุกในชีวิตที่ได้ดูแลสมาชิกในครอบครัว จึงอาจทำให้ผลการศึกษพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะทางปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง⁹

การมีสุขภาวะทางปัญญาอาจประกอบด้วยองค์ประกอบหลายอย่างทั้งที่คล้ายกันและแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรมและบริบททางสังคมของ¹⁰ องค์ประกอบที่มีความคล้ายคลึงกันที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการมีสุขภาวะทางปัญญาคือ องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับความสุข ความพึงพอใจในชีวิต ซึ่งสุขภาวะทางปัญญาประกอบด้วย

ความสุข สงบจากการทำความดีความไม่เห็นแก่ตัว และมีพรหมวิหารสี่ สุขภาวะทางปัญญายังทำให้เกิดพลังอำนาจคือสุขภาวะทางจิต ได้แก่ มีกำลังใจจริงจัง พึ่งพอใจชีวิต มีความสุขความเบิกบานกับการทำหน้าที่การใช้ชีวิตและภาคภูมิใจในการทำหน้าที่ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาวะทางปัญญาอยู่ระดับปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบต่อความผาสุกจากการรับผิดชอบบทบาทหน้าที่หลายอย่างในเวลาเดียวกัน แต่กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความยึดมั่นในการปฏิบัติตามหลักศาสนา และมีความพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถรับผิดชอบต่อหน้าที่และดำเนินชีวิตได้อย่างปกติไม่ต้องเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ในชีวิต จึงทำให้ผลการศึกษครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะทางปัญญาอยู่ในระดับปานกลาง

ความยึดมั่นและการปฏิบัติตามศาสนา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยด้านความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = .636$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

สามารถอภิปรายได้ว่า ศาสนามีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่งแต่ละศาสนามีคำสอนเรื่องชีวิตและการดำเนินชีวิตและจิตใจให้พ้นจากความทุกข์ทั้งปวง^{15,16} นอกจากนี้ การประกอบกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ ไหว้พระ หรือสิ่งที่ตนนับถือ การใช้ข้อคิดของหลักธรรมทาง

ศาสนาในการดำเนินชีวิต การทำสมาธิ ทำให้จิตใจสงบมีความสุขสามารถส่งเสริมการมีสุขภาวะทางปัญญาได้¹⁷ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนาอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

สุขภาพจิตวิญญาณตามการรับรู้ของคนไทยพบว่าคนไทยและศาสนามีความเกี่ยวเนื่องและเชื่อมโยงกับจิตวิญญาณอย่างลึกซึ้งทั้งในมุมมองของตะวันตกและตะวันออก และสุขภาพจิตวิญญาณตามการรับรู้ของคนไทยเกี่ยวข้องกับการมีสิ่งยึดเหนี่ยว ซึ่งเกี่ยวข้องกับการมีพลังอำนาจที่เหนือธรรมชาติ การมีสิ่งยึดเหนี่ยวนี้จะทำให้มีความสุข สงบ และปลอดภัยในชีวิต ทำให้เกิดสุขภาวะทางปัญญา¹⁸ การแสดงออกถึงการมีสิ่งยึดเหนี่ยวที่เกี่ยวกับศาสนา คือ การมีความศรัทธาต่อศาสนา การนำหลักศาสนามาเป็นสิ่งชี้นำในชีวิต และมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา¹⁹

การปฏิบัติธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ของผู้สูงอายุ²⁰ นอกจากนี้ยังพบว่า การปฏิบัติที่สัมพันธ์กับกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย²¹

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .01$ ($r = .448$) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

สามารถอภิปรายได้ว่า การได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอจะส่งผลให้บุคคลเกิด

ความพึงพอใจในชีวิตซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดสุขภาวะทางปัญญา เนื่องจากบุคคลได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนทางในด้านต่างๆ จึงช่วยลดการเกิดความเครียด ทำให้เกิดความสบายใจเป็นการหล่อเลี้ยงทางอารมณ์ ทำให้บุคคลรู้สึกถึงชีวิตมีคุณค่ามีความหมาย และยังช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับปัญหาต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงทำให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ²² ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูง และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพันมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือด้านได้การได้เอื้อประโยชน์ช่วยเหลือผู้อื่น แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรักใคร่ผูกพันกันในครอบครัว ได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัวจึงทำให้มีความผาสุกในสิ่งที่เบ็ญอยู่ ซึ่งเป็นด้านหนึ่งของการมีสุขภาวะทางปัญญา ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่าน ซึ่งพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณหรือสุขภาวะทางปัญญาของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย²¹

อายุ ผลการศึกษพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .05$ ($r = .200$)

สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41 – 60 ปี ซึ่งอยู่ในวัยกลางคนตามระยะพัฒนาการ เป็นวัยที่ต้องการทำประโยชน์ต่อสังคมและคนรุ่นหลังต่อไป²

ในขณะที่วัยที่เพิ่มขึ้นทำให้บุคคลมีโอกาสเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ จากประสบการณ์ชีวิต มีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้นทำให้รู้เท่าทันในการกระทำว่าสิ่งใดดี สิ่งใดควรทำ นำไปสู่พฤติกรรมกรรมการทำความดีเพื่อตนเอง ครอบครัว ชุมชนและสาธารณะ ลดละความเห็นแก่ตัว²³ เกิดเป็นความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการมีสุขภาวะทางปัญญา

ผลการศึกษาค้นคว้านี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่าสุขภาวะทางปัญญาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ $< .01$ ²⁴

แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาค้นคว้านี้ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณระหว่างผู้ที่มีอายุน้อย และผู้ที่มีอายุมากกว่าในสถานสงเคราะห์บ้านบางแค ซึ่งพบว่า ผู้ที่มีอายุน้อยมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่มีอายุมาก²⁵ และการศึกษาความผาสุกทางใจของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $.05$ ²⁶ ในขณะที่การศึกษาค้นคว้านี้ ผลการศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแต่ก็อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ

การศึกษาค้นคว้านี้พบว่า ภาระการดูแล และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติในระดับที่กำหนด ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นบิดา/มารดา มีระดับความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก และมีระยะเวลาในการดูแลค่อนข้างนานเฉลี่ย 6-10 ปี ทำให้ผู้ดูแลมีความผูกพันและทำ

หน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยความรัก ความห่วงใย ผู้ดูแลอาจรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นส่วนหนึ่งของกิจวัตรประจำวัน จึงทำให้ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่ไม่เป็นภาระ อาจทำให้ไม่ส่งผลกระทบต่อความผาสุกในสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ จึงทำให้ผลการศึกษาค้นคว้านี้พบว่าภาระการดูแลไม่มีความ

สัมพันธ์กับสุขภาวะปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง เนื่องจากผู้ดูแลทำหน้าที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับยา มาพบแพทย์ตามนัด หรือมารับยาแทนผู้ป่วยที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสได้ปรึกษาและรับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางการแพทย์อยู่เสมอ รวมถึงผู้ดูแลส่วนใหญ่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ค่อนข้างนานมากกว่า 5 ปีขึ้นไป จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับสูง จึงอาจทำให้ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จุดอ่อนของการวิจัยในครั้งนี้

สุขภาวะทางปัญญาเป็นตัวแปรที่มีความเป็นนามธรรมสูง และองค์ประกอบของสุขภาวะทางปัญญามีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อและศาสนา ซึ่งมีความแตกต่างระหว่างแนวคิดทางตะวันออกและตะวันตกทำให้คำนิยามขาดความ

ชัดเจนและหาแบบประเมินสุขภาวะทางปัญญาที่มีความเหมาะสมกับบริบทสังคมไทยได้ยาก

จุดแข็งของงานวิจัยนี้

สุขภาวะทางปัญญา เป็นมิติหนึ่งขององค์ประกอบของสุขภาพมนุษย์ เป็นปัจจัยทางบวกที่จะช่วยให้มนุษย์มีที่ยึดเหนี่ยวเมื่อต้องเผชิญกับความทุกข์ แต่ยังไม่พบว่าการศึกษเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญายังพบได้น้อย ดังนั้นการศึกษเกี่ยวกับสุขภาวะทางปัญญาจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ สมควรที่จะมีการการศึกษาสุขภาวะทางปัญญาในรูปแบบการวิจัยอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพควรรนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการ

จัดทำโครงการเพื่อเสริมสร้างปัจจัยด้านความยึดมั่นและการปฏิบัติตามหลักศาสนา และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมให้เกิดการมีสุขภาวะทางปัญญาเพิ่มขึ้นต่อไป

2. ควรมีการศึกษาระดับสุขภาวะทางปัญญาและปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความเครียด ความพึงพอใจในชีวิต เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาดูตามประเมินสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะๆต่อไป เช่น ทุก 6 เดือน 1 ปี หรือ 2 ปี

2. ควรมีการศึกษาต่อยอด เช่น ปัจจัยทำนายสุขภาวะทางปัญญาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. Number of Outpatient Psychiatric Outcomes, Fiscal Year 2011-2013 (online) 2013 (cited 2014 Jun 29). Available from <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp> (in Thai)
2. Lotraku, M. and Sukanich, P. Ramathibodi Psychiatry. (3rd). Bangkok. Beyond Enterprise CO.,Ltd; 2012. (in Thai).
3. Hoyert, D. L., & Seltzer, M. M. Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. Family Relations 1992; 41(1): 74 - 80.
4. Wasi, P. The nature of the matter: the whole operation. Nontabury: Green Panyayan Publishing Co.,Ltd.; 2010. (in Thai).
5. Dossey, B. Core curriculum for holistic nursing. Gaitherburg, MD: Aspen Publishers; 1997.
6. O' Brien, M. E. Spirituality In Nursing. In : Jones and Barlett. Standing on Holy Ground^{3rd}. Sudbery: MA; 2008. 1 - 21.
7. Phongwarin, C. Happiness of University Students in The Context of Buddha Dhamma: Empirical investigate and

- Scale (Doctor Dissertation in Fine and Applied Arts). Bangkok: Chulalongkorn University; 2014. (in Thai).
8. Paloutzian, R. F., & Ellison, C. W. A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley; 1982.
 9. Manosri, M. Spiritual Well-being Among Caregivers of Person with Schizophrenia. (Master Independent study in Nursing science , Mental health and psychiatric nursing). Chiang Mai: The Graduate School, Chiang Mai University; 2004. (in Thai).
 10. Permyao, J. Spiritual Needs Among Caregivers of Persons with Schizophrenia (Master Thesis in Mental Health and Psychiatric Nursing), Chiang Mai: The Graduate School, Chiang Mai University; 2004. (in Thai).
 11. Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital. Annual Report 2013. Ubon Ratchathani: Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital; 2014. (in Thai).
 12. Thorndike, M. R. Correlation procedures for research. New York: Gardner Press; 1978.
 13. Sukkheo, T. Social support And Burden Among Caregivers of the Schizophrenic Patients. (Master Thesis in Mental health and Psychiatric Nursing). Chiang Mai: The Graduate School, Chiang Mai University, 2000. (in Thai).
 14. Nantapong, S. Social Support of Caregiver of Schizophrenic Patients. (Master Thesis in Mental health and psychiatric nursing, Chiang Mai: The Graduate School, Chiang Mai University; 1999. (in Thai).
 15. Thongprateep, T. Spiritual : A Dimension of Nursing. Bangkok: V Print (1991) Printing House Co., Ltd; 2009. (in Thai).
 16. Prayudh, P. Buddhist Dharma Revises and Expands: The Dharma Preaching / Meditation Reformation or healing Life. (11th). Bangkok : Chulalongkorn University; 2009. (in Thai).
 17. Krippner S. A cross-cultural comparison of four healing models. 1995; 1(1): 21-29.
 18. Kunsongkeit, W. Spirituality in East and West perspectives. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University 2008; 16 (1): 1 – 8.
 19. Kunsongkeit, W. Spiritual health of Thai People. Thai Journal of Nursing Research 2004. 8 (1): 64 – 82. (in Thai).
 20. Chaichanawirote, U. (2000). Relationship Among Family Relations, Healthm StatusDhamma, Practice and Spiritual Well-being of The Eldery. (Master Thesis in Medical and Surgical Nursing). Chonburi: The Graduate School; Burapha University; 2000. (in Thai).

21. Thuntitrakul, W. Factors related to Spiritual Well-Being of Terminal Cancer Patients. *Journal of nursing science* Chulalongkorn University 2010; Special edition: 34-46. Bangkok: The Graduate School, Chulalongkorn University. 2003. (in Thai).
22. Brandt, P.A., & Weinert, C. PRQ: A social support measure. *Nursing Research* 1981; 30: 277 -280.
23. National Health Act B.E. Thai version was published in the Government Gazette volume 124, Part 16, a date 19th March B.E.2550 (A.D.2007). (in Thai).
24. Highfiled, M. F. Spiritual health of oncology patients. Nurse and patient perspectives. *Cancer Nursing* 1992; 15 (1): 1-8.
25. Boonroungrut, C. The spiritual well-being and happiness in the elderly at Ban Bangkhae social welfare development center (Master Thesis in Science Program of Mental Health Graduate). Bangkok: The Graduate School, Chulalongkorn University. 2008. (in Thai).
26. Pongsitthisak, P. Relationships between personal factors, objective burden, family hardiness, hope, and psychological well-being of schizophrenic patient's family caregivers in Jitavej Khonkhaen Rajangarindra Hospital (Master Thesis in Mental Health and Psychiatric Nursing).