

# ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด

อัญชิตา ขำแก้ว\*

\*แผนกจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาสำรวจแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลของผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่ได้รับการวินิจฉัยโดยจิตแพทย์จำนวน 64 คน โดยผู้ดูแลและผู้ป่วยต้องมีอายุมากกว่า 18 ปี ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่มากกว่า 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม 2565 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ดูแลแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแล Zarit Burden Interview (ฉบับภาษาไทย) และแบบประเมินระดับความรุนแรงของโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (SUDST)

**ผลการศึกษา** กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน พบว่าผู้ดูแลไม่รู้สึกเป็นภาระถึงเป็นภาระน้อยจำนวน 50 คน (ร้อยละ 78.1) และรู้สึกเป็นภาระปานกลางถึงเป็นภาระมากจำนวน 14 คน (ร้อยละ 21.9) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 47.65 ปี สถานภาพสมรส เป็นบิดา - มารดา มีงานทำและมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 35.9) ได้แก่ ถูกพุดจาหายขาดหรือข่มขู่ ร้อยละ 21.9 ถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 9.4 และไม่ร่วมมือในการดูแลร้อยละ 28.1 ส่วนผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 33.62 ปี มีความรุนแรงการติดสารเสพติดระดับสูง (ร้อยละ 59.4) และเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (ร้อยละ 48.4) จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระปานกลางถึงเป็นภาระมากด้วย logistic regression ได้แก่ การเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย (adjusted OR 32.549, 95% CI 2.709-391.041, p=0.006) และประวัติที่ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (adjusted OR 6.417, 95% CI 1.228-33.525, p=0.028)

**สรุป** การศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รู้สึกเป็นภาระถึงเป็นภาระน้อยในการดูแล และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลระดับปานกลางถึงมาก คือ การเคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกายและประวัติที่ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพของผู้ดูแลได้ ดังนั้นแพทย์ควรตระหนักและประเมินภาวะดังกล่าวเพื่อลดอัตราการเกิดการเจ็บป่วยหรือความรุนแรงของโรคลง โดยอ้างอิงจากการศึกษานี้ หากผู้ดูแลมีประวัติเคยถูกทำร้ายหรือผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ควรได้รับการเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อลดการเจ็บป่วยที่จะตามมาและมีการดูแลที่ถูกต้อง

**คำสำคัญ** ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด สารเสพติด

Corresponding author: อัญชิตา ขำแก้ว

แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

E-mail: Anchida.kha@gmail.com

วันรับ : 16 มกราคม 2566 วันแก้ไข : 13 เมษายน 2566 วันตอบรับ : 19 เมษายน 2566

# Burden Among Caregivers of Patients With Substance Use Disorder

Anchida Khamkaew\*

\*Department of Psychiatry, Somdejphajaotaksinmaharaj Hospital

## ABSTRACT

**Objective:** To study the burden of caregivers and the factors associated with caregiver burden among caregivers of patients with substance use disorder at Somdejphajaotaksinmaharaj Hospital.

**Methods:** This study was a cross-sectional descriptive design. Participants were 64 caregivers of patients with substance use disorder (diagnosed by psychiatrists) who received treatment at outpatients and inpatients of the psychiatric department in Somdejphajaotaksinmaharaj Hospital during May 2022 - October 2022. Participants had to be over 18 years old and had been taking care of the patients for at least 6 months. The instruments for data collection included demographic characteristics of caregivers and patients, the Thai version of Zarit Burden Interview (ZBI), and Substance Use Disorder Screening Test (SUDST).

**Results:** According to data collected from 64 caregivers, it was found that 50 caregivers (78.1%) perceived no burden to mild burden and 14 caregivers (21.9%) perceived moderate burden to severe burden. The majority of caregivers in this study were female with an average age of 47.65 years, married, parents, and employed. About 35.9% of caregivers have ever had a bad experience in taking care of patients, including being verbally abused (21.9%), physically abused (0.4%), and having the patients refuse to cooperate during activities of caring (28.1%). For patients, it was found that most of the patients were male with an average age of 33.62 years, had a severe level of disorder (59.4%), and had been hospitalized (48.4%). The result from logistic regression analyses showed that the factors statistically significantly associated with moderate to severe caregiver burden were having been physically abused by the patients (adjusted OR 32.549, 95%CI 2.709-391.041,  $p=0.006$ ) and the patient's history of hospitalization (adjusted OR 6.417, 95%CI 1.228-33.525,  $p=0.028$ ).

**Conclusion:** The study revealed that most of the participants perceived no to mild burden, and the factors associated with a moderate to severe burden of care were having a history of being physically abused and the patient's history of hospitalization. Caregivers' burden might cause health problems. Therefore, physicians should recognize and assess such conditions to reduce the incidence or severity of illness. Based on this study, if the caregiver has a history of being abused or the patient has previously been hospitalized, they should be monitored and screened for physical and mental health problems to reduce subsequent illnesses and provide proper treatment.

**Keywords:** Caregiver burden, patient with substance use disorder, substance

Corresponding author: Anchida Khamkaew

E-mail: Anchida.kha@gmail.com

Received 16 January 2023 Revised 13 April 2023 Accepted 19 April 2023

## บทนำ

ในปัจจุบันปัญหาสารเสพติดกลายเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก พบว่าคนที่ที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น รายงานของศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG Move) พบว่าช่วงระยะเวลา 10 ปี (พ.ศ. 2552 - 2561) ประชากรโลก 1 ใน 4 ใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 และมีมากกว่า 35.6 ล้านคนที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance use disorder)<sup>1</sup> โดยนิยามของ substance use disorder ตาม DSM-5 คือ มีความบกพร่องในการควบคุมการใช้สาร เกิดความเสี่ยงจากการใช้สาร เกิดปัญหาทางสังคมร่วมกับอาการทางร่างกายที่เกิดจากการติดสาร เช่น การติดต่อสารหรืออาการถอนสารเมื่อลดปริมาณการใช้<sup>2</sup> และจากรายงานของ world drug report 2020 พบว่าสารเสพติดที่คนทั่วโลกใช้มากที่สุด คือ กัญชา โดยพบว่ามีผู้ใช้โคเคนและยาบ้า (methamphetamine) เพิ่มมากขึ้นในแถบแอฟริกาเหนือ กลาง และตะวันตก ส่วนประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และเอเชียตะวันออก พบการใช้ยาบ้าและยาไอซ์สูงถึง 1 ใน 3 ของผู้ใช้ทั่วโลก<sup>3</sup> ในรายงานยังกล่าวถึงผลของการใช้สารเสพติดที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคร่วมทางจิตเวช (psychiatric comorbidities) และเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต (mental health)<sup>3-7</sup> จากรายงานของสถานการณ์โรค (the Global Burden of Disease) พบว่าภาวะติดสารเสพติดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตทั้งโดยตรงและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเสียชีวิตถึง 11.8 ล้านคนในปี 2017 ซึ่งเป็น 1 ใน 5 ของโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตสูงสุดทั่วโลก<sup>8</sup> นอกจากนี้ปัญหาจากผู้ป่วยติดสารเสพติดยังก่อให้เกิดผลกระทบทางสุขภาพและสุขภาพจิตของผู้ป่วย ครอบครัว คนรอบข้างและชุมชนอีกด้วย<sup>9-16</sup>

จากการทบทวนวรรณกรรม พบการศึกษาปัญหาจากการใช้สารเสพติดในหลายด้าน เช่น การเกิดความผิดปกติจากการใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ของโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติด และผลกระทบของการใช้สารเสพติดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ใช้และครอบครัว เป็นต้น<sup>3,4,6,7,10,11,13-19</sup> จากข้อมูลข้างต้นจะพบว่าปัญหาสารเสพติดไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ใช้ แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน ในทางกลับกันครอบครัวและชุมชนก็มีบทบาทสำคัญในการดูแลปัญหาผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเช่นกัน ดังนั้นจึงมีการศึกษาถึงผลกระทบจากผู้ป่วยติดสารเสพติดต่อผู้ดูแลทั้งในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตรวมถึงความรู้สึกเป็นภาระ (burden) จากการดูแลผู้ป่วยในหลายประเทศ โดยเฉพาะในประเทศอินเดีย มีการศึกษาเรื่องนี้จำนวนมาก โดยผลการศึกษาพบว่า ลักษณะผู้ดูแลผู้ป่วยสารเสพติดส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงที่เป็นคู่สมรสของ

ผู้ป่วย<sup>11-14,18</sup> พบความเครียดต่อการดูแลผู้ติดสารเสพติดถึงร้อยละ 54.15 ในการศึกษาของ Kaur พบปัญหาด้านสังคมและการเงินถึงร้อยละ 12.6 ซึ่งสูงเป็นอันดับ 1 ของปัญหาทั้งหมดและผู้ดูแลทั้งหมดในการศึกษาไม่เคยได้รับการฝึกฝนการดูแลผู้ป่วยมาก่อน<sup>13</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศไอร์แลนด์ที่รายงานว่า ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดจะเกิดความวิตกกังวล ซึมเศร้า และความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก และอยู่ในระดับสูงกว่าประชากรทั่วไป<sup>14</sup> ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดความรู้สึกเป็นภาระสูงในผู้ดูแล ได้แก่ เพศหญิง ไม่ได้ประกอบอาชีพ และปัญหาใช้ความรุนแรงในครอบครัว<sup>12</sup> และมีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกเป็นภาระสูงของผู้ดูแลกับการมีภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตที่ต่ำอย่างมีนัยสำคัญ<sup>10</sup> มีการศึกษาเฉพาะผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์พบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะติดแอลกอฮอล์รุนแรงมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล<sup>12</sup> ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว การทำกิจกรรมประจำวันของครอบครัว สุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตอีกด้วย<sup>11</sup>

ในประเทศไทยยังมีการศึกษาถึงปัญหาสารเสพติดอยู่ค่อนข้างน้อย มีการศึกษาความชุกของความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดระดับประเทศในปี 2013 พบความชุกร้อยละ 13.4 โดยเป็นการใช้แอลกอฮอล์สูงที่สุด ความชุกชีวิตเท่ากับร้อยละ 18 อีกทั้งยังพบอัตราการเข้าถึงการบริการรักษาที่ต่ำ<sup>20</sup> ปัจจุบันได้มีประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ. 2564 ที่มุ่งเน้นให้ผู้มีปัญหาใช้สารเสพติดได้เข้าถึงการรักษาบำบัดเพิ่มมากขึ้นและเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการบำบัดผู้ที่มีปัญหาใช้สารเสพติด<sup>21</sup> แต่ยังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลในผู้ป่วยใช้สารเสพติดและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลเพื่อนำไปพัฒนาการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการใช้สารเสพติดและผู้ดูแลให้ดีขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด แผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

## วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลที่แผนกจิตเวช ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงเดือนพฤษภาคม - ตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance use disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM-5<sup>2</sup> ที่กำลังได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในของแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก ได้แก่ มีอายุมากกว่า 18 ปี ผู้ดูแลต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลเป็นระยะเวลา มากกว่า 6 เดือน ผู้ดูแลสามารถเป็นญาติหรือไม่ใช่ญาติของผู้ป่วยก็ได้ และเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลมีประวัติของการเจ็บป่วยโรคทางกายหรือจิตเวชที่รุนแรง เช่น อาการยังกำเริบรบกวนการใช้ชีวิตในปัจจุบัน มีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถให้คำยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยได้ เป็นต้น และผู้ดูแลหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถอ่านหรือสื่อสารภาษาไทยได้

โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ประจำแผนกจิตเวชจะชี้แจงกระบวนการและวัตถุประสงค์การศึกษานี้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยให้ทราบ หากสนใจเข้าร่วมการศึกษาจะขอให้ส่งลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อแสดงความยินยอมโดยให้ผู้ดูแลเป็นผู้ลงลายมือชื่อ หลังจากนั้นผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถามต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยจะแยกสัมภาษณ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและลดตัวแปรรบกวนจากปฏิกริยาของผู้ป่วยต่อการสัมภาษณ์ การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรมโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช (เลขที่โครงการ 5/2565)

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความพันท์กับผู้ป่วย อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ระยะเวลาที่ใช้ดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลารวมทั้งดูแลผู้ป่วย กิจกรรมการดูแล (ได้แก่ กิจกรรมประจำวัน การจัดยา การให้กำลังใจ/พูดคุย การพามารักษาที่โรงพยาบาลและการดูแลโรคอื่นๆ ทางกาย) ประสบการณ์เข้ารับอบรมการดูแลผู้ป่วยและประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับการดูแล และข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคร่วมทางจิตเวช

ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยในและความร่วมมือในการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระ โดยใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย ZBI (Zarit Burden Interview) ที่ถูกพัฒนามาจากประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ที่มีความพิการและผู้สูงอายุโดย Steven H. Zarit และ Judy M. Zarit<sup>22-24</sup> ซึ่งจะประเมินภาระการดูแลเชิงอัตวิสัย (subjective burden) คือ ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผลกระทบหรือการเปลี่ยนแปลงหรือถูกกระทำเนื่องจากความต้องการของผู้รับการดูแล<sup>25</sup> ทางผู้วิจัยได้ติดต่อขออนุญาตให้แบบประเมิน ZBI จาก MAPI research institute ซึ่งเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์และได้รับการอนุญาตให้ใช้แบบประเมิน ZBI ฉบับภาษาไทย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.921<sup>26</sup> มีข้อคำถามทั้งหมด 22 ข้อที่มีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 0 - 4 ให้เลือกตอบ โดยพิจารณาแต่ละข้อที่ตรงกับความรู้สึกของตน มีเกณฑ์ในการให้คะแนนแต่ละข้อดังนี้ ไม่เคยเลย 0 คะแนน, นานๆ ครั้ง 1 คะแนน, บางครั้ง 2 คะแนน, บ่อยครั้ง 3 คะแนน, ประจำ 4 คะแนน โดยคะแนนรวม 0 - 20 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระ, 21 - 40 คะแนน หมายถึง เป็นภาระน้อย, 41 - 60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลาง, 61 - 88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก

ส่วนที่ 3 แบบคัดกรองผู้ใช้น้ำและสารเสพติด SUDST (Substance Use Disorder Screening Test) เพื่อประเมินระดับความรุนแรงของโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (substance use disorder) ในผู้ป่วย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.79 แบ่งระดับความรุนแรงของโรคออกเป็น 3 ระดับ ตามจำนวนข้อคำถามดังนี้ ความผิดปกติจากการใช้สารเสพติดระดับต่ำ (mild = 2 - 3 ข้อ) ระดับปานกลาง (moderate = 4 - 5 ข้อ) และระดับสูง (severe = ตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไป)<sup>27</sup>

การวิเคราะห์ทางสถิติใช้โปรแกรม SPSS โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อรายงานข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลและระดับความรุนแรงของโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้สถิติ fisher's exact test สำหรับข้อมูลที่เป็นตัวแปรแบบกลุ่ม หลังจากนั้นนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญมาทำการวิเคราะห์ความถดถอยแบบโลจิสติก (logistic regression) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลโดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดจำนวน 64 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 48 คน (ร้อยละ 75) อายุเฉลี่ย 47.65 ± 13.726 ปี สถานภาพสมรส (ร้อยละ 75) การศึกษาระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 43.8) มีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 42.2) มีงานทำ (ร้อยละ 54.7) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 40.6) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 87.5) และระยะเวลารวมที่ดูแลผู้ป่วยมา 0-5 ปี (ร้อยละ 84.4) โดยกิจกรรมที่ดูแลเรียงลำดับจากมากที่สุดไปน้อยที่สุดดังนี้ การพามารักษาที่โรงพยาบาล (ร้อยละ 85.9) เผื่อระวังการใช้สารเสพติด (ร้อยละ 76.6)

การให้กำลังใจ/พูดคุย (ร้อยละ 68.8) เตรียมอาหาร (ร้อยละ 64.1) จัดยา (ร้อยละ 40.6) ดูแลความสะดวก (ร้อยละ 28.1) และดูแลโรคทางกายอื่นๆ (ร้อยละ 18.8) ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดไม่เคยมีประสบการณ์เข้ารับอบรมการดูแลผู้ป่วยมาก่อน (ร้อยละ 96.9) และผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยถึง 23 คน (ร้อยละ 35.9) ได้แก่ ถูกพุดจาหยาบคาย/ข่มขู่ร้อยละ 21.9 ถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 9.4 และไม่ร่วมมือในการดูแลร้อยละ 28.1 และผลการศึกษาระดับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลไม่รู้สึกรับเป็นภาระ 31 คน (ร้อยละ 48.4) และรู้สึกเป็นภาระ 33 คน โดยรู้สึกเป็นภาระน้อย 19 คน (ร้อยละ 29.7) เป็นภาระปานกลาง 10 คน (ร้อยละ 15.3) และเป็นภาระมาก 4 คน (ร้อยละ 6.3) แสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลของผู้ดูแลผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (n=64)

ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลของผู้ดูแล	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>		<b>ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ชม./วัน)</b>	
ผู้ชาย	16 (25.0)	น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชม.	56 (87.5)
ผู้หญิง	48 (75.0)	มากกว่า 8 ชม.	8 (12.5)
<b>อายุเฉลี่ย (mean±SD)</b>	47.65 ± 13.726	<b>ระยะเวลารวมที่ดูแลผู้ป่วย (ปี)</b>	
<b>สถานภาพสมรส</b>		0 - 5 ปี	54 (84.4)
โสด	6 (9.4)	มากกว่า 5 ปี	10 (15.6)
สมรส	48 (75.0)	<b>กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย</b>	
หย่าร้าง/หม้าย	10 (15.6)	จัดยา	26 (40.6)
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>		เตรียมอาหาร	41 (64.1)
บิดา/มารดา	27 (42.2)	ดูแลความสะดวก	18 (28.1)
สามี/ภรรยา	16 (25.0)	ให้กำลังใจ/พูดคุยให้คำปรึกษา	44 (68.8)
พี่น้อง	7 (10.9)	พามารักษาที่โรงพยาบาล	55 (85.9)
ญาติอื่นๆ	14 (21.9)	เผื่อระวังการใช้สารเสพติด	49 (76.6)
<b>ระดับการศึกษา</b>		ดูแลโรคทางกายอื่นๆ	12 (18.8)
ไม่ได้ศึกษา - ประถมศึกษา	28 (43.8)	<b>เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย</b>	2 (3.1)
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	24 (37.5)	<b>มีประสบการณ์ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วย</b>	23 (35.9)
ปวส. หรือปริญญาตรี	12 (18.8)	เคยถูกพุดจาหยาบคาย/ข่มขู่	14 (21.9)
<b>อาชีพ</b>		เคยถูกทำร้ายร่างกาย	6 (9.4)
ไม่มีงานทำ	29 (45.3)	ไม่ร่วมมือในการดูแล	18 (28.1)
มีงานทำ	35 (54.7)	<b>ระดับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล</b>	
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>		ไม่เป็นภาระ	31 (48.4)
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000	37 (57.8)	เป็นภาระน้อย	19 (29.7)
10,001 - 20,000	17 (26.6)	เป็นภาระปานกลาง	10 (15.6)
มากกว่า 20,000	10 (15.6)	เป็นภาระมาก	4 (6.3)

ผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ในการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 60 คน (ร้อยละ 93.8) อายุเฉลี่ย  $33.62 \pm 10.953$  ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 48.4) การศึกษาระดับมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) (ร้อยละ 53.1) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 48.4) และมีโรคร่วมทางจิตเวช 21 คน (ร้อยละ 32.8) ได้แก่ โรคจิตจากการใช้สารเสพติด 10 คน (ร้อยละ 15.6) โรคความผิดปกติทางอารมณ์ 8 คน (ร้อยละ 12.5) และโรคจิตเภท 3 คน (ร้อยละ 4.7) ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ เรียงลำดับจากสูงสุดไปต่ำสุด ได้แก่ แอมเฟตามีน (ร้อยละ 89.1) แอลกอฮอล์ (ร้อยละ 59.4) นูหรี่ (ร้อยละ 57.8) กัญชา (ร้อยละ 12.5) โอปิออยด์และอื่นๆ (ร้อยละ 3.1) มีระยะเวลาใช้สารเสพติด 0 - 5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 42.2) ส่วนใหญ่ร่วมมือในการรักษาดี (ร้อยละ 65.6) และไม่เคยเข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน (ร้อยละ 51.6) ผู้ป่วยมีระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติดสูงจำนวน

มากที่สุด (ร้อยละ 59.4) รองลงมาเป็นรุนแรงระดับต่ำ (ร้อยละ 25.0) และปานกลาง (ร้อยละ 15.6) ตามลำดับ แสดงไว้ใน **ตารางที่ 2**

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระ ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด โดยวิธี univariable analysis พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะดังกล่าว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ( $p=0.025$ ) การเคยถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วย ( $p=0.001$ ) เคยไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแล ( $p=0.015$ ) ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน ( $p=0.015$ ) และระดับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ( $p=0.012$ ) แสดงไว้ใน **ตารางที่ 3**

เมื่อนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระโดยวิธี univariable analysis ได้แก่ การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย ประสบการณ์เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแล ผู้ป่วยที่ดูแลเคยรับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในและระดับ

**ตารางที่ 2** ข้อมูลของผู้ป่วยที่เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด (n=64)

ข้อมูลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)	ข้อมูลของผู้ป่วย	จำนวน (ร้อยละ)
<b>เพศ</b>		<b>ชนิดสารเสพติดที่ใช้</b>	
ผู้ชาย	60 (93.8)	แอลกอฮอล์	38 (59.4)
ผู้หญิง	4 (6.3)	แอมเฟตามีน	57 (89.1)
<b>อายุเฉลี่ย (mean <math>\pm</math> SD)</b>	33.62 $\pm$ 10.953	โอปิออยด์	2 (3.1)
<b>สถานภาพสมรส</b>		กัญชา	8 (12.5)
โสด	31 (48.4)	นูหรี่	37 (57.8)
สมรส	21 (32.8)	อื่นๆ	2 (3.1)
หย่าร้าง/หม้าย	12 (18.8)	<b>ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด (ปี)</b>	
<b>ระดับการศึกษา</b>		0 - 5 ปี	27 (42.2)
ไม่ได้ศึกษา - ประถมศึกษา	23 (35.9)	มากกว่า 5 ปี	37 (57.8)
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	34 (53.1)	<b>เคยรับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยใน</b>	
ปวส. หรือ ปริญญาตรี	7 (11.0)	ไม่เคย	33 (51.6)
<b>อาชีพ</b>		เคย	31 (48.4)
ไม่มีงานทำ	44 (68.8)	<b>ระดับความร่วมมือในการรักษา</b>	
มีงานทำ	20 (31.3)	ไม่ร่วมมือ - ร่วมมือบ้าง	22 (34.4)
<b>โรคร่วมทางจิตเวช</b>		ร่วมมือดี	42 (65.6)
โรคจิตจากการใช้สารเสพติด	10 (15.6)	<b>ระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติด</b>	
โรคความผิดปกติทางอารมณ์	8 (12.5)	ระดับต่ำ	16 (25.0)
โรคจิตเภท	3 (4.7)	ระดับปานกลาง	10 (15.6)
		ระดับสูง	38 (59.4)

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดโดยวิธี univariable analysis

ปัจจัย	ไม่มีภาระ - มีภาระดูเล็กน้อย (n=50) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาระดูปานกลาง - มาก (n=14) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
<b>ปัจจัยของผู้ดูแล</b>			
<b>เพศ</b>			
ผู้ชาย	13 (26.0)	3 (21.4)	1.000
ผู้หญิง	37 (74.0)	11 (78.6)	
อายุเฉลี่ย (mean ± SD)	47.65 ± 13.699	47.64 ± 14.342	
<b>สถานภาพสมรส</b>			
โสด	4 (8.0)	2 (14.3)	0.571
สมรส	39 (78.0)	9 (63.3)	
หย่าร้าง/หม้าย	7 (14.0)	3 (21.4)	
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>			
บิดา/มารดา	19 (38.0)	8 (57.1)	0.161
สามี/ภรรยา	12 (24.0)	4 (28.6)	
พี่น้อง	5 (10.0)	2 (14.3)	
ญาติอื่นๆ	14 (28.0)	0 (0.0)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			
ไม่ได้ศึกษา - ประถมศึกษา	22 (44.0)	6 (42.9)	0.957
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	19 (38.0)	5 (35.7)	
ปวส. หรือปริญญาตรี	9 (18.0)	3 (21.4)	
<b>อาชีพ</b>			
ไม่มีงานทำ	21 (42.0)	8 (57.1)	0.372
มีงานทำ	29 (58.0)	6 (42.9)	
<b>รายได้ (บาท/เดือน)</b>			
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 10,000	28 (56.0)	9 (64.3)	0.456
10,001 - 20,000	15 (30.0)	2 (14.3)	
มากกว่า 20,000	7 (14.0)	3 (21.4)	
<b>ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย (ชม./วัน)</b>			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชม.	44 (88.0)	12 (85.7)	1.000
มากกว่า 8 ชม.	6 (12.0)	2 (14.3)	
<b>ระยะเวลารวมที่ดูแลผู้ป่วย (ปี)</b>			
0 - 5 ปี	44 (88.0)	10 (71.4)	0.138
มากกว่า 5 ปี	6 (12.0)	4 (28.6)	

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดโดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาระ - มีภาระดูแลน้อย (n=50) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาระดูแลปานกลาง - มาก (n=14) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
<b>กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย</b>			
จัดยา	18 (36.0)	8 (57.1)	0.220
เตรียมอาหาร	31 (62.0)	10 (71.4)	0.754
ดูแลความสะอาด	12 (24.0)	6 (42.9)	0.190
ให้กำลังใจ/พูดคุยให้คำปรึกษา	36 (72.0)	8 (57.1)	0.336
พามารักษาที่โรงพยาบาล	45 (90.0)	10 (71.4)	0.096
เฝ้าระวังการใช้สารเสพติด	37 (74.0)	12 (85.7)	0.489
ดูแลโรคทางกายอื่นๆ	8 (16.0)	4 (28.6)	0.438
<b>เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วย</b>			
ไม่เคยได้รับการอบรม	49 (98.0)	13 (92.9)	0.392
เคยได้รับการอบรม	1 (2.0)	1 (7.1)	
<b>ประสบการณ์ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วย</b>			
ไม่มี	36 (72.0)	5 (35.7)	0.025*
มี	14 (28.0)	9 (64.3)	
<b>พูดจาหยาบคาย/ข่มขู่</b>			
ไม่มี	41 (82.0)	9 (64.3)	0.270
มี	9 (18.0)	5 (35.7)	
<b>ถูกทำร้ายร่างกาย</b>			
ไม่มี	49 (98.0)	9 (64.3)	0.001**
มี	1 (2.0)	5 (35.7)	
<b>ไม่ร่วมมือในการดูแล</b>			
ไม่มี	40 (80.0)	6 (42.9)	0.015*
มี	10 (20.0)	8 (57.1)	
<b>ปัจจัยของผู้ป่วย</b>			
<b>เพศ</b>			
ผู้ชาย	48 (96.0)	12 (85.7)	0.206
ผู้หญิง	2 (4.0)	2 (14.3)	
<b>อายุเฉลี่ย (mean ± SD)</b>			
	33.42 ± 11.212	34.34 ± 10.338	
<b>สถานภาพสมรส</b>			
โสด	22 (44.0)	9 (64.3)	0.314
สมรส	17 (34.0)	4 (28.6)	
หย่าร้าง/หม้าย	11 (22.0)	1 (7.1)	

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดโดยวิธี univariable analysis (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่มีภาระ - มีภาระดูเล็กน้อย (n=50) จำนวน (ร้อยละ)	มีภาระดูปานกลาง - มาก (n=14) จำนวน (ร้อยละ)	P-value
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.629
ไม่ได้ศึกษา - ประถมศึกษา	19 (38.0)	4 (28.6)	
มัธยมศึกษา หรือ ปวช.	25 (50.0)	9 (64.3)	
ปวส. หรือปริญญาตรี	6 (12.0)	1 (7.1)	
<b>อาชีพ</b>			0.193
ไม่มีงานทำ	32 (64.0)	12 (85.7)	
มีงานทำ	18 (36.0)	2 (14.3)	
<b>โรคร่วมทางจิตเวช</b>			0.145
ไม่มีโรคร่วมทางจิตเวช	34 (68.0)	9 (64.3)	
โรคจิตจากการใช้สารเสพติด	9 (18.0)	1 (7.1)	
โรคความผิดปกติทางอารมณ์	4 (8.0)	4 (28.6)	
โรคจิตเภท	3 (6.0)	0 (0)	
<b>ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด (ปี)</b>			0.125
0 - 5 ปี	24 (48.0)	3 (21.4)	
มากกว่า 5 ปี	26 (52.0)	11 (78.6)	
<b>เคยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน</b>			0.015*
ไม่เคย	30 (60.0)	3 (21.4)	
เคย	20 (40.0)	11 (78.6)	
<b>ระดับความร่วมมือในการรักษา</b>			0.012*
ไม่ร่วมมือบ้าง - ร่วมมือบ้าง	13 (26.0)	9 (64.3)	
ร่วมมือดี	37 (74.0)	5 (35.7)	
<b>ระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติด</b>			0.211
ระดับต่ำ	15 (30.0)	1 (7.1)	
ระดับปานกลาง	7 (14.0)	3 (21.4)	
ระดับสูง	28 (56.0)	10 (71.4)	

\*P<0.5, \*\*P<0.1

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย มาทำการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วย logistic regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระปานกลางถึงเป็นภาระมากของผู้ดูแล ได้แก่ การเคยถูกทำร้ายร่างกายจากผู้ป่วย (adjusted OR 32.549, 95%CI 2.709-391.041, p=0.006) และผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (adjusted OR 6.417, 95%CI 1.228-33.525, p=0.028) แสดงไว้ในตารางที่ 4

## วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดร้อยละ 52.6 โดยส่วนใหญ่รู้สึกเป็นภาระน้อย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระระดับสูง<sup>11,12</sup> และพบความกังวลและความเครียดของผู้ดูแลอยู่ระดับสูงกว่าประชากรทั่วไป<sup>14</sup> ความแตกต่างของผลการศึกษา

**ตารางที่ 4** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดโดยวิธี logistic regression

ปัจจัยส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล	Adjusted OR	95% CI	P-value
<b>ปัจจัยของผู้ดูแล</b>			
การมีประสบการณ์ที่ไม่ดีกับผู้ป่วย	0.631	0.034 - 11.791	0.758
เคยถูกผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย	32.549	2.709 - 391.041	0.006**
เคยไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแล	1.930	0.109 - 34.260	0.654
<b>ปัจจัยของผู้ป่วย</b>			
เคยรับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน	6.417	1.228 - 33.525	0.028*
ระดับความร่วมมือในการรักษา	0.742	0.140 - 3.919	0.725

\*P<0.5, \*\*P<0.1

อาจเป็นมาจากการใช้แบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระที่ต่างกัน โดยในการศึกษาของทั้งสองฉบับใช้แบบประเมิน FBIS (Family Burden Interview Schedule) จึงอาจทำให้ผลการศึกษาดูแตกต่างกัน อีกทั้งในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลของทั้งผู้ป่วยที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จึงทำให้ผลกระทบจากการดูแลแตกต่างกัน โดยในการศึกษานี้พบลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิง และมีสถานภาพสมรสสอดคล้องกับทุกการศึกษาที่พบ<sup>9-14</sup> และยังพบว่าระดับการศึกษาของผู้ดูแลสอดคล้องกับหลายการศึกษาในประเทศอินเดียที่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือไม่ได้ศึกษา<sup>11-13</sup> แต่ข้อมูลทั่วไปด้านอื่น เช่น ผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 47.7 ปี ส่วนใหญ่มีงานทำ และมีความสัมพันธ์เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วยจะแตกต่างกับการศึกษาอื่น โดยเฉพาะการศึกษาของประเทศอินเดียที่มีอายุเฉลี่ย 35 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีงานทำและเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย<sup>11-13</sup> อาจเป็นจากกลุ่มผู้ดูแลในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดาของผู้ป่วย จึงมีอายุเฉลี่ยที่สูงกว่า และจากวัฒนธรรมที่ประเทศอินเดียภรรยา มักไม่ได้ประกอบอาชีพ<sup>28</sup> จึงทำให้มีความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปในด้านนี้ ในการศึกษานี้พบข้อมูลด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วงน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน เมื่อเทียบกับข้อมูลรายได้เฉลี่ยของครอบครัวประเทศไทยปี 2564 อยู่ที่ 27,352 บาทต่อเดือน<sup>29</sup> จะพบว่าต่ำกว่ารายได้เฉลี่ยของประเทศมาก แต่ในการศึกษานี้ไม่พบความเกี่ยวข้องของปัจจัยข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระแต่อย่างใด ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของ Swaroopachary และคณะที่ผู้ดูแลเพศหญิง<sup>10,12</sup> และไม่ได้ประกอบอาชีพ<sup>12</sup> มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้เป็นผู้ป่วย

ที่มารับการรักษาทั้งแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในและผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา ซึ่งอาจจะมีผู้ดูแลร่วมมากกว่า 1 คน แตกต่างจากการศึกษาของ Swaroopachary ที่ผู้ดูแลเป็นคู่สมรสและผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น จึงอาจพบผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยในการศึกษานี้พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 33.7 ปี มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมา<sup>11,12</sup> แต่ข้อมูลด้านอื่นได้แก่สถานภาพโสดและไม่มีงานทำจะแตกต่างกับการศึกษาอื่นที่ส่วนใหญ่จะมีสถานภาพสมรสและมีงานทำประจำ<sup>11,12</sup> แต่ปัจจัยดังกล่าวก็ไม่พบความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระเช่นเดียวกัน

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยใช้สารแอมเฟตามีนสูงที่สุดรองลงมาคือแอลกอฮอล์และบุหรี่ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในระดับชาติปี 2556 พบการใช้สุราสูงเป็นอันดับหนึ่ง และรองลงมาคือบุหรี่หรือยาสูบ<sup>20</sup> ซึ่งต่างกับในการศึกษานี้ เนื่องจากในระหว่างการเก็บข้อมูลการศึกษาได้มีนโยบายเรื่องการรณรงค์ให้ผู้ป่วยจากการใช้สารเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาเพิ่มขึ้น จึงเป็นผลให้ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดส่วนหนึ่งมาจากการส่งรักษาจากหน่วยงานต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ใช้กลุ่มแอมเฟตามีน รวมถึงการใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2562 ที่มีการบังคับรักษาในกรณีผู้ป่วยใช้สารเสพติดแล้วเข้าเกณฑ์ต้องรักษาหรือเป็นอันตราย จึงทำให้ถูกนำเข้ามารับการรักษามากขึ้น และอีกปัจจัยหนึ่งพบว่าการระบาดของสารกลุ่มแอมเฟตามีนความรุนแรงมากขึ้น จึงอาจทำให้ความชุกของปัญหาสารเสพติดมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม และในการศึกษาพบว่าระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติด

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 60 ไม่มีโรคทางจิตเวชร่วม และเคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในประมาณร้อยละ 50 ส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือรักษาระดับดีร้อยละ 65 จากการวิเคราะห์พบเพียงปัจจัยเรื่องการเคยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Swaroopachary และคณะ และ Vaishnav และคณะ ที่พบว่าความรุนแรงของการติดสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ<sup>11,12</sup> อาจเป็นจากข้อบ่งชี้ของการรักษาแบบผู้ป่วยใน เช่น มีการเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นหรือสังคม มีอาการรุนแรง เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลอย่างมากทำให้เพิ่มความรู้สึกเป็นภาระได้มากขึ้น แต่ระดับความรุนแรงของการติดสารเสพติดก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยแต่อาจไม่ได้กระทบกับผู้ดูแลมากนัก

ข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะใช้เวลาดูแลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน และระยะเวลาารวมของการดูแลน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี โดยส่วนใหญ่จะดูแลผู้ป่วยหลายด้านและดูแลในด้านการพามาปรึกษา การจัดยา การเฝ้าระวังการใช้สารเสพติดรวมถึงการให้กำลังใจหรือให้คำปรึกษามากกว่าร้อยละ 40 ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของ Kaur และคณะ ที่พบว่ามีการดูแลจัดยาและให้กำลังใจหรือให้คำปรึกษาเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น<sup>13</sup> และในการศึกษานี้เกือบทั้งหมดไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลผู้ป่วยมาก่อนเช่นเดียวกับการศึกษาอื่น<sup>13</sup> จึงอาจแสดงให้เห็นว่าแม้ผู้ดูแลไม่เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยมาก่อน แต่ผู้ดูแลสามารถดูแลได้ทั้งด้านการเจ็บป่วยและการป้องกันรวมถึงการฟื้นฟูผู้ป่วยอีกด้วย และยังพบว่าผู้ดูแลมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการดูแลผู้ป่วยถึง 1 ใน 4 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ได้แก่ เคยไม่ได้รับความร่วมมือในการดูแลและถูกพูดจาหยาบคายหรือข่มขู่ร้อยละ 20 - 30 และเคยถูกทำร้ายร่างกายร้อยละ 9.4 จากการวิเคราะห์พบว่าการเคยถูกทำร้ายร่างกายมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ สอดคล้องกับการศึกษาของ Swaroopachary และคณะ ที่พบว่าการมีประวัติที่ผู้ป่วยใช้ความรุนแรงกับผู้ดูแลมีผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ วิดกกังวล ภาวะซึมเศร้า และสุขภาพที่ไม่ดีของผู้ดูแล<sup>12</sup> เนื่องจากผู้ป่วยที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดและไม่ยอมรับการเจ็บป่วย (poor insight) จะก่อให้เกิดพฤติกรรมต่อต้านไปจนถึงการใช้ความรุนแรงกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิด ซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านร่างกายและสุขภาพจิตใจจนส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มมากขึ้นจากเดิม<sup>16,17,30</sup>

## ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษานี้เป็นแบบ cross-sectional study จึงศึกษาได้เพียงปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลแต่ไม่สามารถระบุความสัมพันธ์แบบเป็นเหตุและผลกันได้ และกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาได้จากการเก็บข้อมูลจากแผนกจิตเวช โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชเท่านั้น หากจะนำไปใช้อ้างอิงควรจะต้องพิจารณาถึงบริบทที่แตกต่างกันเพิ่มเติมอีกทั้งขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษายังมีจำนวนน้อยทำให้การวิเคราะห์จึงแบ่งกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 กลุ่ม และตัวแปรในการศึกษามีการกระจายตัวของข้อมูลมาก ทำให้ผลการศึกษามีปัจจัยแต่ละตัวมีช่วงค่าความเชื่อมั่นที่กว้างมาก หากทำการศึกษาเพิ่มเติมควรมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพิ่มมากขึ้น เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยความสัมพันธ์ที่ดีขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการศึกษาแบบ multicenter เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความหลากหลายและนำผลการศึกษาไปใช้ได้ในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยในหลายบริบทมากขึ้น และการตระหนักของผู้รักษาถึงความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจะทำให้เกิดการเฝ้าระวังการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นตามมาของผู้ดูแลเช่นภาวะซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล เป็นต้น หากผู้ดูแลมีสุขภาพจิตที่ดีก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดได้รับการดูแลที่ดีมากขึ้นด้วย ดังนั้นการสร้างระบบการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ควรมีการทำการศึกษาถึงแนวทางการคัดกรองและดูแลสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ดูแลในอนาคต

## สรุป

ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดเป็นภาวะที่อาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ ดังนั้นหากผู้รักษาตระหนักและสามารถประเมินภาวะดังกล่าวได้จะทำให้ลดอัตราการเกิดการเจ็บป่วยหรือความรุนแรงลงได้ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ได้แก่ การเคยมีประสบการณ์ถูกผู้ป่วยที่ดูแลทำร้ายร่างกายและการที่ผู้ป่วยเคยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ดูแลที่มีปัจจัยดังกล่าวจึงควรได้รับการเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาทางด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เพื่อลดการเจ็บป่วยที่จะตามมา และควรมีการให้ความรู้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับ

การใช้สารเสพติด เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบรุนแรงและ  
ภาวะอันตรายแก่ผู้ดูแลเพิ่มเติม

## เอกสารอ้างอิง

1. Thiraphon Singlor. 'More people are using drugs, and there are more drugs, and more types of drugs, than ever' [Internet]. Bangkok: Centre for SDG Research and Support: SDG Move; 2022 [cited 2023 Mar 16]. Available from: <https://www.sdgmove.com/2022/06/24/report-unodc-drug-east-southeast-asia-2022/>
2. American Psychiatric Association. Substance-related and addictive disorders. In: American Psychiatric Association, editor. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> ed. Arlington(VA): American Psychiatric Association Publishing; 2013. p. 481-589.
3. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World drug report 2020. Place unknown: United Nations publication; 2020.
4. Bethesda (MD). Common comorbidities with substance use disorders research report [Internet]. place unknown: National Institutes on Drug Abuse (US); 2018 [cited 2023 Mar 20]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571451/>
5. Mueser KT, Gottlieb JD, Cather C, Glynn SM, Zarate R, Smith MF, et al. Antisocial personality disorder in people with co-occurring severe mental illness and substance use disorders: clinical, functional, and family relationship correlates. *Psychosis* 2012;4(1):52-62.
6. Armstrong TD, Costello EJ. Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence and psychiatric comorbidity. *J Consult Clin Psychol* 2002;70(6): 1224-39.
7. Ross S, Peselow E. Co-occurring psychotic and addictive disorders. *Clin Neuropharmacol* 2012; 35(5): 235-43.
8. Hannah Ritchie and Max Roser. Drug use [Internet]. Place unknown: Our World in Data; 2019 [cited 2022 Mar 16]. Available from: <https://ourworldindata.org/drug-use>
9. Ayakdas Dagli D, Baysan Arabaci L, Tas Soylu G, Buyukbayram Arslan A. Relationship between caregivers' care burden and their social functioning perceptions toward addicted patients: a cross-sectional survey. *Florence Nightingale J Nurs* 2021;29(3):353-60.
10. Vadher S, Desai R, Panchal B, Vala A, Ratnani IJ, Rupani MP, et al. Burden of care in caregivers of patients with alcohol use disorder and schizophrenia and its association with anxiety, depression and quality of life. *Gen Psychiatr* 2020;33(4): e100215.
11. Vaishnavi R, Karthik MS, Balakrishnan R, Sathianathan R. Caregiver burden in alcohol dependence syndrome. *J Addict* 2017;2017:1-6.
12. Swaropachary R, Kalasapati L, Ivaturi S, Reddy C. Caregiver burden in alcohol dependence syndrome in relation to the severity of dependence. *Arch Ment Health* 2018;19(1):19-23.
13. Kaur A, Mahajan S, Deepti SS, Singh T. Assessment of role of burden in caregivers of substance abusers: a study done at Swami Vivekananda Drug De-addiction Centre, Govt. Medical College, Amritsar. *Int J Community Med Public Health* 2018;5(6):2380-2383.
14. Ólafsdóttir J, Hrafnadóttir S, Orjasniemi T. Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. *Nordisk Alkohol Nark* 2018;35(3):165-78.
15. Daley DC. Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *J Food Drug Anal* 2013;21(4): S73-6.
16. Lander L, Howsare J, Byrne M. The impact of substance use disorders on families and children: from theory to practice. *Soc Work Public Health* 2013; 28(3-4):194-205.
17. Mauri MC, Cirmigliaro G, Piccoli E, Vismara M, de Carlo V, Girone N, et al. Substance abuse associated with aggressive/violent behaviors in psychiatric outpatients and related psychotropic prescription. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2022[cited 2023 Mar 20]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00842-w>
18. Noghani F, Seyedfatemi N, Karimirad MR, Akbarzadeh A, Hasanpour-Dehkordi A. Health related quality of life in family caregivers of patients suffering from mental disorders. *J Clin Diagn Res* 2016;10(11): VC05-9.
19. Sharma A, Sharma A, Gupta S, Thapar S. Study of family burden in substance dependence: a tertiary care hospital-based study. *Indian J Psychiatry* 2019;61(2):131-8.
20. Kittirattanapaiboon P, Tantirangsee N, Chutha W, Tanaree A, Kwansanit P, Assanangkornchai S. Prevalence of mental disorders and mental health problems: Thai national mental health survey 2013. *J Ment Health Thai* 2017;25(1):1-19.
21. พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายยาเสพติด พ.ศ.2564. [สืบค้นเมื่อ 28 มีนาคม 2566]. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนที่ 73ก (ลงวันที่ 8 พฤศจิกายน พ.ศ.2564). สืบค้นจาก: <https://ratchakitcha.soc.go.th/documents/17186429.pdf>
22. Whitlatch CJ, Zarit SH, von Eye A. Efficacy of interventions with caregivers: a reanalysis. *Gerontologist* 1991; 31(1):9-14.
23. Zarit SH, Zarit JM. Instructions for the burden interview. Technical Document, University Park (PA): Pennsylvania State University; 1987.
24. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. University Park (PA): The Pennsylvania State University, Gerontology Center; 1990.
25. Orawan Silpakit, Chatchawan Silpakit, Rossukon Chomchuen. Psychometric study of the Thai version of Zarit Burden Interview in psychiatric caregivers. *J Ment Health Thai* 2015; 23(1):12-23.
26. Pinyopornpanish K, Pinyopornpanish M, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Soontornpun A, Kuntawong P. Investigating psychometric properties of the Thai Version of the Zarit Burden Interview using Rasch model and confirmatory factor analysis. *BMC Res Notes*. 2020;13(1):120.
27. Saengduenchai S, Nilaban S, Singhtho T, Ranuwattananon A. The Development of Substance Use Disorder Screening Test (SUDST) according to the Fifth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders[Internet]. Nonthaburi(TH): The Graphico systems; 2020 [cited 2022 Apr 14]. Available from: <http://www.pmnidat.go.th/thai/downloads/research/64/63-1.pdf>



28. Afridi F, Dinkelman T, Mahajan K. Why Are Fewer Married Women Joining the Work Force in India? A Decomposition Analysis over Two Decades. *J Popul Econ* 2018;31:783-818.
29. Income - Expenditure Statistics Group SSDNSO. THE 2021 HOUSEHOLD SOCIO-ECONOMIC SURVEY WHOLE KINGDOM[Internet]. Bangkok: Text and Journal Publication; 2022[cited 2022 Dec 22]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014en/Pages/survey/Social/Household/The-2017-Household-Socio-Economic-Survey.aspx>
30. Gruber KJ, Taylor MF. A Family Perspective for Substance Abuse: Implications from the Literature. *J Soc Work Pract Addict* 2006;6(1-2):1-29.