



## ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

บุญวดี เพชรรัตน์, กศ.ม.\*

เขาวานถ สุวลักษณ์, ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบต่อนผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การรับรู้เศรษฐกิจฐานะของครอบครัวของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย การรับรู้ว่ามีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยของผู้ดูแล ประชากรที่ศึกษา ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยเป็นผู้นำผู้ป่วยมารับการรักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทสงขลา (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์) จังหวัดสงขลา โดยสุ่มตัวอย่างแบบอุปสรรคการสุ่มจำนวน 250 ราย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามประเมินการรับรู้ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานและวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแล ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การรับรู้เศรษฐกิจฐานะของครอบครัวของผู้ดูแล และการรับรู้ว่ามีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย โดยสามารถร่วมกันทำนายผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลได้ร้อยละ 30 ผลการศึกษา ใช้เป็นแนวทางพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทักษะการจัดการกับอาการแสดงทางจิตเวชของผู้ดูแล และค้นหาพัฒนาแหล่งช่วยเหลือให้สามารถช่วยดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

\*คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

\*\*โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ จังหวัดสงขลา



## Factors Predicting Impact on the Caregivers of Chronic Schizophrenic Patients

Boonvadee Petcharat, M.Ed.\*

Yauwanath Suwaluk, Diploma in Nursing\*\*

### Abstract

The objectives of this research were to describe the impact on caregivers of chronic schizophrenic patients and to explore predictive factors, in terms of age, sex, religion, educational level, occupation, the relations between the patients and the caregivers, perceived family economic status, time period of being a caregiver, perceived supportive resources, knowledge of caring for schizophrenia and perceived patients' self-care abilities. Subjects included 250 caregivers of chronic schizophrenic patients by accidental sampling at Out Patient Department in Songkhla Neuro-Psychiatric Hospital (Psychiatric Songkhla Rajanagarindra Hospital). Basic statistics and stepwise multiple regression were used for data analysis. The stepwise multiple regression analysis revealed that thirty percents of variance of perceived impact of caregivers for chronic schizophrenic patients was accounted by four factors: perceived patients' self-care abilities, the relations between the patients and the caregivers, perceived family economic status, and perceived supportive resources. This finding can be used to develop protocol or guideline for caregivers by focusing on patients' self-care abilities, psychotic symptoms management skills and to available supportive resources in community.

**Key words :** caregivers, impact, chronic schizophrenic patients

\*Faculty of Nursing, Thammasat University

\*\* Songkhla Rajanagarindra Psychiatric Hospital, Songkhla

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตเรื้อรังโรคหนึ่งที่พบถึงร้อยละ 1 ของประชากรโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่เกิดจากความแปรปรวนของการทำหน้าที่ของสารเคมีในสมอง ที่รบกวนการทำงานที่ทางความคิดและสังคมอย่างมาก ถือว่าเป็นโรคที่ยากต่อการดูแลรักษาโรคหนึ่ง ที่ต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จึงจะสามารถดำรงชีวิตตามปกติได้ ครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเนื่องจากภาวะสุขภาพหลังการจำหน่ายของผู้ป่วยกลุ่มนี้ มักจะมีร่องรอยของโรคเหลืออยู่เสมอ ร่วมกับอัตราการป่วยซ้ำในระดับสูง โดยร้อยละ 90 มีโอกาสกลับเป็นซ้ำหากไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องภายใน 1 ปีเมื่อเจ็บป่วยครั้งแรกในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องก็มีโอกาสป่วยซ้ำได้ร้อยละ 30<sup>1</sup> และจากผลการสำรวจภาวะเครียดของครอบครัวที่ดูแลและพักอาศัยอยู่กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่าครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเหล่านี้มีภาวะสุขภาพจิตที่น่าเป็นห่วงโดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า<sup>2</sup> ผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกลูกถูกคุกคาม ข่มขู่จากผู้ป่วยจิตเวชเป็นประจำ สร้างความตึงเครียดต่อเนื่องทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตและสุขภาพกายรู้สึกโกรธกับการไร้ความสามารถของผู้ป่วย<sup>3</sup> นอกจากนั้นภาระจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคทางจิตยังทำให้ครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ มีรายจ่ายเพิ่มขึ้น หรือขาดรายได้<sup>4</sup> อย่างไรก็ตามการรับรู้ภาระการดูแลต่อผู้ป่วยดังกล่าวจะมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาของ บัลเจอร์ พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายภาระในการดูแลผู้ที่เป็นโรคทางจิตได้มากที่สุดคือความรุนแรงของอาการ ส่วนปัจจัยอื่น ๆ เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยและคุณลักษณะของผู้ดูแล มีอำนาจการทำนายน้อยมากหรือไม่มีเลย ในขณะที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชต้องการความช่วยเหลือจากญาติและเพื่อน โดยเฉพาะการดูแลด้าน

อารมณ์ บุคลากรวิชาชีพเป็นบุคลากรเป้าหมายอีกกลุ่มเนื่องจากการยอมรับนับถือและการเคารพในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย<sup>5</sup> จากการศึกษารายงานวิจัยของประเทศไทยพบว่ายังขาดการศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายถึงผลกระทบจากการต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามบริบทของสังคมวัฒนธรรมไทยซึ่งมีลักษณะความเป็นอยู่ในครอบครัวที่แตกต่างจากสังคมตะวันตกและวัฒนธรรมแผนการปฏิบัติในการดำรงชีวิตและแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์<sup>6</sup>

## วัสดุและวิธีการ

ประชากร ได้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไปโดยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้เข้าใจและเป็นผู้นำผู้ป่วยมารักษาตามนัดที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทสงขลา (จิตเวชสงขลาราชนครินทร์) จังหวัดสงขลา ในช่วงระหว่าง เดือนกันยายนถึงธันวาคม 2544 จำนวนประมาณ 500 ราย โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามตารางการสุ่มตัวอย่างของศิริชัย ทวีวัฒน์ และ ดิเรก<sup>8</sup> ที่ค่าความเชื่อมั่น 95 % ได้จำนวนตัวอย่าง 223 ราย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างเป็น 250 รายและเก็บตัวอย่างแบบอุบัติเหตุการณ์ (accidental sampling) จนครบจำนวนที่ต้องการ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลประชากรของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ (multiple choice) ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ระยะเวลารักษาผู้ป่วย การรับรู้สภาพอาการทั่วไปของผู้ป่วยและการมีแหล่งช่วยเหลือในการดูแล เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ (multiple choice) แบบประเมิน

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลซึ่งผู้วิจัยปรับใช้แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้านของกลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก มีจำนวน 12 ข้อมีคะแนนดังนี้ ตอบข้อ 1 ให้คะแนน = 1 ตอบข้อ 2 ให้คะแนน = 2 ตอบข้อ 3 ให้คะแนน = 3 ตอบข้อ 4 ให้คะแนน = 4 และตอบข้อ 5 ให้คะแนน = 5 และแบบประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังจำนวน 22 ข้อ สร้างจากการศึกษาเอกสารและการศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 15 รายเป็นแบบประเมินค่า 2 ระดับคือใช่และไม่ใช่ตอบถูกให้คะแนน = 1 และตอบผิดให้คะแนน = 0 และส่วนที่ 3 ได้แก่ แบบประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีจำนวน 12 ข้อ สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร การศึกษานำร่องโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 15 ราย เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับคือผลกระทบต่อผู้ดูแลระดับมากค่าคะแนน = 3 หมายถึงเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นบ่อยครั้งมาก / ทุกสัปดาห์ ผลกระทบต่อผู้ดูแลระดับปานกลาง ค่าคะแนน = 2 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวหรือประมาณ 1-2 สัปดาห์ / ครั้ง ผลกระทบต่อผู้ดูแลระดับน้อยค่าคะแนน = 1 หมายถึง เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นนานๆ ครั้งจนแทบจำไม่ได้และไม่ได้รับผลกระทบ ค่าคะแนน = 0 หมายถึง ไม่มีเหตุการณ์นั้น ๆ เลย

การให้ความหมายของค่าคะแนนโดยรวมแบ่งได้ดังนี้คะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยสามารถเลี้ยงตัวเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้ด้วย ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง ค่าเฉลี่ย

1.51 - 2.50 หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยอยู่ตามลำพังไม่สนใจใครและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ค่าเฉลี่ย 0 - 1.50 หมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย

คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง คะแนนรวมคิดเป็นร้อยละแบ่งเป็น 5 ระดับคือ คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไป หมายความว่า มีความรู้ความเข้าใจระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 50 - 74 หมายความว่า มีความรู้ความเข้าใจ ระดับดี คะแนนร้อยละ 25 - 49 หมายความว่า มีความรู้ความเข้าใจ ระดับน้อย คะแนนร้อยละ 1 - 24 หมายความว่า มีความรู้ความเข้าใจ ระดับน้อยที่สุด และคะแนน 0 หมายความว่า ไม่มีความรู้ความเข้าใจ

คะแนนประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้ความหมายดังนี้ ค่าเฉลี่ย 2.32 - 3.00 หมายความว่า ได้รับผลกระทบบ่อยครั้งมาก ค่าเฉลี่ย 1.63 - 2.31 หมายความว่า ได้รับผลกระทบเป็นครั้งคราว ค่าเฉลี่ย 0.01 - 1.62 หมายความว่า ได้รับผลกระทบนาน ๆ ครั้งจนแทบจำไม่ได้ และค่าเฉลี่ย 0 หมายความว่า ไม่ได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ด้านความตรงตามเนื้อหา (content validity) พิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลจิตเวชชุมชนจำนวน 3 ท่านและจิตแพทย์ 2 ท่าน ด้านความเที่ยง (reliability) สำหรับแบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กำหนดค่าคะแนนเท่ากับ 0, 1 ทดสอบโดยใช้สูตร KR-20 มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78 ส่วนแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามการรับรู้ของผู้ดูแลและแบบประเมินผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทดสอบความเที่ยงโดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบแอลฟาของ ครอนบาค เท่ากับ 0.93 เท่ากัน การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกเป็นผู้คัดกรองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามคุณสมบัติที่

กำหนด และได้รับการยินยอมก่อน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและวิเคราะห์ตัวแปรที่สามารถทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยวิเคราะห์สหสัมพันธ์คดอยเชิงพหุแบบมีขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

## ผล

ประชากรร้อยละ 62.8 เป็นเพศหญิง และ ร้อยละ 53.6 เป็นพ่อหรือแม่ มีอายุเฉลี่ย  $48.23 \pm 11.93$  ปี น้อยที่สุด 20 ปี และอายุมากที่สุด 76 ปี ร้อยละ 35.6 มีอายุอยู่ระหว่าง 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 69.6 มีระดับการศึกษาในชั้นประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 70.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 43.6 มีอาชีพเป็นเกษตรกร โดยส่วนใหญ่ทำสวนยางพารา และร้อยละ 78.8 ประกอบอาชีพที่มีรายได้ประจำรับรู้เศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับดี/พอมีพอใช้ ร้อยละ 83.2

ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าร้อยละ 34.4 ได้ดูแลผู้ป่วยมาแล้วถึง 10 ปีขึ้นไป โดยเฉลี่ย  $7.8 \pm 4.9$  ปี น้อยที่สุด 2 ปี และมากที่สุด 30 ปี ร้อยละ 52.8 ใช้เวลาในหนึ่งวันดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมงหรือทั้งวัน ส่วนใหญ่ร้อยละ 75.6 สามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ได้แก่ ช่วย

ดูแลผู้ป่วยแทนกรณีผู้ดูแลมีภาระคิดเป็นร้อยละ 66 รองลงมาคือ เป็นกำลังใจ เช่น ไปถามทุกข์สุข มาเยี่ยมเยียน อยู่เป็นเพื่อนหรือช่วยนำส่งโรงพยาบาล ร้อยละ 62.4 รับรู้สภาพอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยว่าค่อนข้างดีร้อยละ 71.6 กล่าวคือผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองและทำงานได้ ร้อยละ 42.8 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง ร้อยละ 52.8 เคยได้รับความรู้เรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมาแล้ว โดยได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่พยาบาลจิตแพทย์ร้อยละ 40.4 ความรู้ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับนั้นสามารถนำมาปฏิบัติได้ร้อยละ 51.6 ซึ่งร้อยละ 51.2 พอใจผลการปฏิบัติในระดับมาก ร้อยละ 41.5 พอใจระดับปานกลาง โดยพบว่าร้อยละ 52.4 มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระดับดี

การรับรู้ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมายรับรู้ว่า ตนเองได้รับผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันนานๆ ครั้ง โดยเหตุการณ์ที่เป็นผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันมากที่สุดคือ “ความรู้สึกที่เป็นทุกข์ใจเพราะไม่แน่ใจว่า อาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร จึงไม่กล้าทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง” ซึ่งเป็นการรับรู้ผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันที่เกิดขึ้นเป็นครั้งคราวดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแล (n = 250)

| ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง                                                                                                               | X    | S.D. | ลักษณะการรับรู้ผลกระทบ |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------|------------------------|
| 1. เป็นทุกข์ใจอยู่ตลอดเวลาเพราะไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร จึงไม่กล้าให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพังทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมนอกบ้านได้สะดวก | 1.99 | 1.00 | เป็นครั้งคราว          |
| 2. ไม่สามารถทำงานประกอบอาชีพได้เต็มที่เพราะเป็นห่วงผู้ป่วย                                                                                           | 1.38 | 1.12 | นาน ๆ ครั้ง            |
| 3. ขาดรายได้เพราะไม่มีคนช่วยทำงาน                                                                                                                    | 1.37 | 1.17 | นาน ๆ ครั้ง            |
| 4. ไม่มีเงินเพียงพอจะซื้อยาหรือใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย                                                                                              | 1.31 | 1.14 | นาน ๆ ครั้ง            |
| 5. ไม่ได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมกับเพื่อนฝูง เช่น ทำบุญ ไปร่วมงาน ประเพณีในชุมชน                                                                         | 1.18 | 1.08 | นาน ๆ ครั้ง            |
| 6. รู้สึกเครียดมากต้องแยกตัวหนีไปจากผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ                                                                                                | 1.04 | 1.09 | นาน ๆ ครั้ง            |
| 7. ไม่ได้ดูแลสุขภาพของตนเองเลยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ                                                                                                | 0.99 | 1.04 | นาน ๆ ครั้ง            |
| 9. เพื่อนบ้านห่างเหินเพราะรำคาญและรู้สึกกลัว ไม่ปลอดภัยจากการรบกวนของผู้ป่วย                                                                         | 0.85 | 1.09 | นาน ๆ ครั้ง            |
| 10. ชีวิตประจำวันเปลี่ยนไปไม่สามารถดูแลงานบ้านอื่น ๆ ได้เช่นเดิม                                                                                     | 0.78 | 0.95 | นาน ๆ ครั้ง            |
| 11. ไม่สามารถทำภาระกิจทางศาสนาได้เหมือนในอดีต เช่น การไปวัด หรือร่วมกิจกรรมทางศาสนา                                                                  | 0.65 | 0.93 | นาน ๆ ครั้ง            |
| 12. ต้องออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ไม่กล้าให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว                                                                                       | 0.48 | 0.81 | นาน ๆ ครั้ง            |

ปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจากการทดสอบสหสัมพันธ์คดอยเชิงพหุแบบมีขั้นตอนพบว่าปัจจัยที่สามารถอธิบายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สามารถทำนายการรับรู้ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุดร้อยละ 19.5 เมื่อเพิ่มปัจจัยความสัมพันธ์

ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยทำให้สามารถทำนายผลกระทบเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 26.3 ส่วนมาตรฐานะของครอบครัวของผู้ดูแล และการมีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยสามารถทำนายผลกระทบได้น้อยโดยทำให้ทำนายผลกระทบจากการดูแลได้เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย เป็นร้อยละ 29 และร้อยละ 30 เท่านั้นดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ตัวแปรที่สามารถทำนายผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

| Variables              | ลำดับการนำตัวแปร<br>เข้าวิเคราะห์ | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup><br>change | F      | F<br>change | Beta  | Sig. |
|------------------------|-----------------------------------|----------------|--------------------------|--------|-------------|-------|------|
| ความสามารถในการดูแล    |                                   |                |                          |        |             |       |      |
| ตนเองของผู้ป่วย        | 1                                 | .195           | .192                     | 59.758 | 59.758      | -.441 | .000 |
| ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย | 2                                 | .263           | .257                     | 43.801 | 22.614      | .261  | .000 |
| เศรษฐกิจของครอบครัว    | 3                                 | .290           | .282                     | 33.419 | 9.594       | -.168 | .000 |
| การมีแหล่งช่วยเหลือ    | 4                                 | .300           | .300                     | 27.584 | 7.444       | -.148 | .000 |

\* ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย: น้อย=0, มาก=1 \* ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: ไม่ใช่พ่อ/แม่หรือสามี/ภรรยา=0, พ่อ/แม่หรือสามี/ภรรยา=1 \* เศรษฐฐานะของครอบครัว: ไม่มี/ยากจน=0, พอมีพอใช้-ดี=1 \* การมีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย: ไม่มีแหล่งช่วยเหลือ=0, มีแหล่งช่วยเหลือ=1

## วิจารณ์

การรับรู้ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลในภาพรวม ผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณเองได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยในระดับน้อย อาจเป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่หรือถึงร้อยละ 76.4 รับรู้ว่าอาการของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านค่อนข้างดีจะมีอาการนานๆ ครั้งเท่านั้นและผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมาแล้วเฉลี่ย 10 ปีขึ้นไป ทำให้ปรับตัวกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้แล้ว อย่างไรก็ตามผลการวิจัยยังแสดงให้เห็นว่าเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผลกระทบต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันมากที่สุดคือ “ความรู้สึกเป็นทุกข์ใจ เพราะไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร ทำให้ไม่กล้าให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง” ผลวิจัยดังกล่าวไม่ต่างจากผลการวิจัยในโลกตะวันตกที่พบเช่นเดียวกันว่าอาการของการเจ็บป่วยทางจิตเวชคือ ความทุกข์ที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแล<sup>2,5,10,11</sup> โดยเป็นความกังวลอย่างมากต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยภาวะสุขภาพทั่วไปและการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วย<sup>11</sup> รวมทั้งจากอาการทางจิตของผู้ที่

เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังมักรบกวนความคิดความรู้สึกของผู้ดูแลและบุคคลรอบข้างได้ง่ายและบางครั้งก็เป็นอันตรายทำให้ผู้ดูแลรู้สึกไม่ปลอดภัย คาดคะเนการเกิดอาการได้ยาก การจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตอย่าง เป็นรูปธรรมเช่นปัญหาสุขภาพร่างกายทำได้ไม่มากนัก ต้องอาศัยทักษะ ความรักความเข้าใจเป็นหลัก เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุซับซ้อนไม่สามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน ยากที่จะทำความเข้าใจและป้องกันพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังส่วนใหญ่มีภาวะไร้พลังรู้สึกสูญเสียและเศร้าโศก<sup>5,12</sup>

ปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบต่อนักดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสามารถทำนายการรับรู้ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลได้มากที่สุด เมื่อเพิ่มตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย สามารถทำนายผลกระทบเพิ่มขึ้น ส่วนเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ดูแลและการมีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยพบว่าสามารถทำนายผลกระทบต่อนักดูแลค่อนข้างน้อย โดยทำให้อำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น และยังพบว่า หากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยสามารถดูแลตนเองได้น้อย จะยังทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยนั้นมีผลกระทบต่อผู้ดูแลมากขึ้น ในทางตรงข้ามหากผู้ดูแลรับรู้ว่าคุณป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากขึ้น ผู้ดูแลจะรับรู้ว่าคุณเองได้รับผลกระทบจากการดูแลน้อยลง สอดคล้องกับผลการวิจัยของแคมป์เบลล์(Campbell)<sup>10</sup> ที่

พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเป็นตัวทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างชัดเจน เช่นเดียวกับรายงานผลวิจัยของบัลเจอร์ (Bulger)<sup>7</sup> ที่พบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วย จะเป็นตัวแปรที่ทำนายการรับรู้ผลกระทบในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากความรุนแรงของความเจ็บป่วยจะสัมพันธ์ในทางตรงข้ามกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั่นเอง และตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะสามารถทำนายการรับรู้ภาระของผู้ดูแลในช่วงหลังการจำหน่ายเป็นระยะเวลานาน ๆ รวมทั้งในส่วนอื่นๆ ที่พบว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคม การอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยที่บ้านและคุณลักษณะของผู้ดูแลมีอำนาจการทำนายค่ามากหรือแทบไม่มีเลย ยกเว้นการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย สอดคล้องกับผลการวิจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่เป็โรคจิตเภทและผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่เป็นพ่อแม่/สามีหรือภรรยา จะรับรู้ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมาก ในขณะที่ผู้ดูแลอื่นๆรับรู้ผลกระทบน้อย อาจแสดงให้เห็นว่า การอยู่ร่วมกันของผู้ดูแลที่เป็นพ่อแม่/สามีหรือภรรมามีความรักผูกพันทางสายเลือดและมีความรับผิดชอบจริงจังกับการดูแลผู้ป่วยเป็นวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวมีสายใยความผูกพันต่อกัน ย่อมมีความห่วงใยเอื้ออาทร รับรู้ความทุกข์ของบุคคลในครอบครัวมากกว่า ทำให้รับรู้ว่าตนเองได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด

## สรุป

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเป็นกลุ่มที่เผชิญกับภาวะเครียดอย่างเรื้อรังและต่อเนื่องจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทางจิตมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดอิสรภาพเนื่องจากความผูกพันห่วงใยสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยทางจิต ทั้งในด้านความไม่แน่นอนของอาการเจ็บป่วยความเป็นอยู่ของผู้ป่วยและการถูกคุกคามทางอารมณ์

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เศรษฐฐานะของครอบครัวของผู้ดูแลและการมีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นบุคลากรทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือดูแลสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งในระดับทุติยภูมิและระดับปฐมภูมิ ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การลดอาการรุนแรงของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางจิตเวชของผู้ดูแล การค้นหาและพัฒนาแหล่งช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน เพื่อลดภาระหรือให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีโอกาสในการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมอื่นๆ

## ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยดังกล่าว อาจนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการปฏิบัติเพื่อการช่วยเหลือผู้ดูแล โดยการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการ การหาแหล่งช่วยเหลือในชุมชนที่ผู้ดูแลสามารถใช้บริการเป็นครั้งคราว เช่นการฝากผู้ป่วยเป็นต้น ซึ่งจะช่วยบรรเทาความตึงเครียดทางจิตใจและเอื้อต่อการทำกิจกรรมทางสังคมของผู้ดูแล ควรมีการเขียนแผนให้กำลังใจจากเจ้าหน้าที่ บุคลากรทางสาธารณสุขในชุมชนอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกมีที่พึ่งไม่รู้สึกโดดเดี่ยว การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลช่วยเหลือครอบครัวที่มีภาระต้องดูแลญาติที่เจ็บป่วยทางจิตเวชเรื้อรัง รวมทั้งบุคลากรด้านสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้องในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านควรให้ความสำคัญในการนำข้อมูลปัจจัยที่สามารถทำนายผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย เศรษฐฐานะของครอบครัวและการมีแหล่งช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย

มาใช้พิจารณาวางแผนการดูแลและติดตามช่วยเหลือญาติหรือผู้ดูแลทั้งขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อนำผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ในด้านการวิจัยควรมีการศึกษาซ้ำโดยเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้ดูแลโดยตรง และเก็บข้อมูลกับผู้ดูแลผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาที่แตกต่างกัน อาจทำให้เห็นภาพของการรับรู้ผลกระทบที่ชัดเจนขึ้น และควรศึกษาพัฒนารูปแบบการการช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งที่โรงพยาบาลและที่บ้านให้มีความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ได้อย่างเหมาะสม

#### เอกสารอ้างอิง

1. Health on the net foundation. Schizophrenia. [online]. March 2004. Available from: <http://www.mentalhealthchannel.net/schizophrenia/therapy.shtml> [2004 June 1].
2. Consumer Health Science and The National Mental Health Association. Impact of schizophrenia on caregiver underestimate; family caregivers may be at personal mental health risk, based on national survey. [online]. April 2003. Available from: <http://www.Miafc.com/Public/Men/Hlth/3000/ImpOFsz...html>. [2003 Sept 13].
3. Hyde AP. Coping with the threatening, intimidating, violent behaviors of people with psychiatric disabilities living at home: Guideline for family caregivers. *Psychiatr Rehabil J* 1997;21:144-9.
4. จลิ เจริญสรรพ. การดำเนินงานโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7. สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2542.
5. Bulger MW. Caregiving appraisal of parents who care for adult children with schizo-phrenia. *Dissertation Abstracts International*. University of South Carolina. [online]. 1991; 52-12B, 185. Available from: <http://www.lib.umi.com/dissertations/search> [2003 Sept 13].
6. Rose LE. Caring for caregivers: Perceptions of social support. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1997;35:17-24,40-1.
7. Huggins M. Culture in Wanda. In: Mohr H, editor. *Johnson's psychiatric mental health nursing*, 5<sup>th</sup> edition, Philadelphia: A Wolters Kluwer Company; 2003.
8. ศิริชัย กาญจนวาสิ ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์ และดิเรก ศรีสุข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.
9. คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานโรงพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน(ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7). สุราษฎร์ธานี: โรงพยาบาลสวนสราญรมย์; 2542.
10. Campbell RL. Predictors of caregivers burden over a three month period following hospitalization of the patient. *Dissertation abstracts international*, University of Pennsylvania. [online]. 2001; 62-05B. Available from: <http://www.lib.umi.com/dissertations/search> [2003 Sept 13].
11. Schene AH, Wijngaarden BV, Koeter MMJ. Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophr Bull* 1998; 24:609-18.
12. Miller F, Dworkin J, Ward M, Barone D. A preliminary study of unsolved grief in families *Hosp Community Psychiatry* 1990;41:1321-5.