

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ *

Factors Affecting Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital *

วาสนา นามเหล่า, พย.ม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) ¹

Wassana Namlao, M.N.S. (Mental Health and Psychiatric Nursing) ¹

ชนัดดา นบเกษ, Ph.D. (Medical Science) ²

ดวงใจ วัฒนสินธุ์, Ph.D. (Nursing) ³

Chanudda Nabkasorn, Ph.D. (Medical Science) ²

Duangjai Vatanasin, Ph.D. (Nursing) ³

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาภาระการดูแล และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ จำนวน 100 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .76 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มีค่าความเชื่อมั่น .96 และแบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .87 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลโดยรวม 49.86 ($SD = 12.79$) 2) อายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.220, p < .05$; $r = -.240, p < .05$ และ $r = -.290, p < .01$ ตามลำดับ) และ 3) อายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($adj. R^2 = .120, p < .001$) โดยอายุสามารถทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด ($Beta = -.228, p < .05$) รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัว ($Beta = -.222, p < .05$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* Master's Thesis of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹ Master, Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: po_pan123@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Major Advisor

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา: อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

³ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University: Co-advisor

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่าบุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแล และคณาจารย์ควรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการสอนนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สมรรถนะแห่งตน สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระการดูแล

Abstract

This predictive correlational research aimed to examine burden and factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia. The samples consisted of 100 caregivers of patients with schizophrenia who took the patients for treatment at Sakaeo Rajanagarindra Psychiatric Hospital. The research instruments were composed of a questionnaire of individual characteristics, a test of knowledge towards caring with the reliability of .76, an assessment form of perceived self-efficacy with the reliability of .84, an assessment form of family relationship with the reliability of .96, and an assessment form of burden with the reliability of .87. Data were collected from June to August, 2015. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression.

The research results revealed that 1) the mean score of burden among caregivers of patients with schizophrenia was 49.86 ($SD = 12.79$); 2) age, perceived self-efficacy, and family relationship were negatively statistically significant associated with burden among caregivers of patients with schizophrenia ($r = -.220, p < .05$; $r = -.240, p < .05$ and $r = -.290, p < .01$, respectively); and 3) age and family relationship were statistically significant accounted for 12% of the variance for burden among these caregivers ($\text{adj. } R^2 = .120, p < .001$). The most significant predicting factor was age ($\text{Beta} = -.228, p < .05$) followed by family relationship ($\text{Beta} = -.222, p < .05$).

This research suggests that health care providers should enhance capabilities among caregivers of patients with schizophrenia emphasizing family relationship promotion in order to reduce burden. Additionally, nursing instructors should teach their students regarding factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia.

Keywords: Caregivers of patients with schizophrenia, Knowledge towards caring, Perceived self-efficacy, Family relationship, Burden

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด โดยจากอุบัติการณ์การเกิดโรคพบ 0.10-0.50 ต่อพันประชากร ความชุกเท่ากับ 2.50-5.30 ต่อพันประชากร ความชุกตลอดชีพเท่ากับ 7-9 ต่อพันประชากร เพศหญิงและเพศชายพบได้พอๆ กัน พบในช่วงอายุ 15-54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ในประเทศไทย จากรายงานของกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต (2555) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ ในช่วงปี พ.ศ. 2553-2555 มีร้อยละ 35.70, 34.90 และ 34.40 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ตามลำดับ จากการศึกษา การเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรค (global burden of disease) พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระของโรคมากกว่าร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์ จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ (disability adjustment life years: DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2546) และจากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ พบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น โดยในช่วงปี พ.ศ. 2554-2556 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 1,739 คน 1,858 คน และ 2,053 คน คิดเป็นร้อยละ 30.10, 33.05 และ 36.52 ตามลำดับ (งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์, 2557)

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง และความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก เมื่อเป็นโรคนี้อันแล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และประเทศ และที่สำคัญที่สุด คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกลับป่วยซ้ำสูงถึง

ร้อยละ 70 ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องจะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของความคิด บุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรม เป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย (กรมสุขภาพจิต, 2548) และในการป่วยแต่ละครั้งยังทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ส่งผลให้เกิดความเสื่อมในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย และเป็นภาระต่อการรักษาพยาบาลในระดับประเทศ

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทุเลาลงแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ เหมือนกับบุคคลทั่วไป เนื่องจากมีความเสื่อมด้านการทำงานและด้านสติปัญญา ขาดการยอมรับจากสังคม ประกอบกับความเรื้อรังจากอาการของโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทน ทำให้ครอบครัวจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลหลักต้องปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อทำหน้าที่ของผู้ดูแลให้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวันและการปฏิบัติตนของผู้ดูแล ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงกายในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีอาการทางลบหลงเหลืออยู่ เช่น เกียจคร้าน ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ขาดแรงจูงใจ ไม่ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน ไม่ยอมรับประทานยา ต้องคอยกระตุ้นเตือนอยู่เสมอ หรืออาจมีอาการทางบวกเกิดขึ้น เช่น อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน มีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด (รจนา ปุณโณทก, 2550) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการกำเริบเป็นพักๆ สลับกับช่วงที่อาการสงบ ภายหลังจากการกำเริบแต่ละครั้ง ความสามารถของผู้ป่วยจะไม่กลับคืนดังเดิม ภาระการดูแลทั้งหมดจึงตกอยู่กับผู้ดูแลที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยต่อจากบุคลากร

ทางสุขภาพจิต (Tungpunkom, 2000) ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยผู้ดูแลรู้สึกหวาดกลัวกับอาการทางจิตที่รุนแรง ซึ่งไม่สามารถคาดการณ์ได้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995)

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นญาติในครอบครัว ซึ่งนอกจากจะต้องดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองและครอบครัวแล้ว ยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงออกถึงความกดดัน ความเดือดร้อน ความยากลำบาก ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย Montgomery et al. (1985) กล่าวว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลแบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) อันเป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน และการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ และภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) อันเป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง ความรู้สึกทุกขในการที่ต้องดูแลผู้ป่วย ความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งอาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การที่ต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และความรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ รู้สึกรับภาระหนัก ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (George & Dwyther, 1986) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้เพราะการดูแลของญาติมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลมีความรู้ ความสามารถในการดูแลไม่เพียงพอ ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติดูแลไม่ถูกต้อง และเหมาะสม ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง จึงมีผลทำให้เกิดอาการกำเริบและต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภท เช่น ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และระยะการดำเนินโรค (รจนา ปุณโณทก, 2550) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (จิราพร รักการ, 2549) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เบ็ญญา นิมนวล, 2547) และสัมพันธภาพในครอบครัว (วรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ, 2547) นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ศึกษาแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) และนำมาประยุกต์ในการวิจัยครั้งนี้ โดยทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman ระบุว่าหากบุคคลอยู่ในภาวะที่ต้องต่อสู้กับแรงที่มากกระทบจากภายนอกและภายใน ซึ่งเรียกลึ่งที่มารบกวนนี้ว่า ลึ่งก่อความเครียด โดยความเครียดที่คงอยู่นานหรือเรื้อรัง จะทำให้เกิดความรู้สึกถึงความยากลำบากในการดูแล หรือเป็นภาระการดูแล (Leggett, Zarit, Taylor, & Galvin, 2010) ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแล และสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลมาจากการรักษาสมดุลของบุคคล โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำหน้าที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในทุก ๆ ด้าน ซึ่งถือเป็นเรื่องที่ก่อให้เกิดความเครียดภายในตัวบุคคล เช่น อายุ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีวุฒิภาวะและประสบการณ์ในการแก้ปัญหาต่างๆ จึงอาจทำให้รับรู้ถึงการเป็นภาระที่น้อย ในอีกแง่มุมหนึ่ง หากผู้ดูแลมีอายุน้อยและยังต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกเป็นเวลานาน ทำให้เกิดความเครียด และรับรู้ถึงการเป็นภาระที่มาก นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในตัวเองมากขึ้น และอาจทำให้ความเครียดในการดูแลลดลง ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ ซึ่งถือเป็นเรื่องสำคัญที่สุดในการคัดสรรศักยภาพของบุคคลที่จะดำรงไว้ซึ่งความสมดุลของระบบบุคคลสำหรับสัมพันธภาพในครอบครัวนั้น เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนบุคคลให้มีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ช่วยให้ผู้ดูแลต่อสู้กับลึ่งที่ก่อให้เกิด

ความเครียด และรักษาสมดุลของระบบบุคคลไว้ได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว

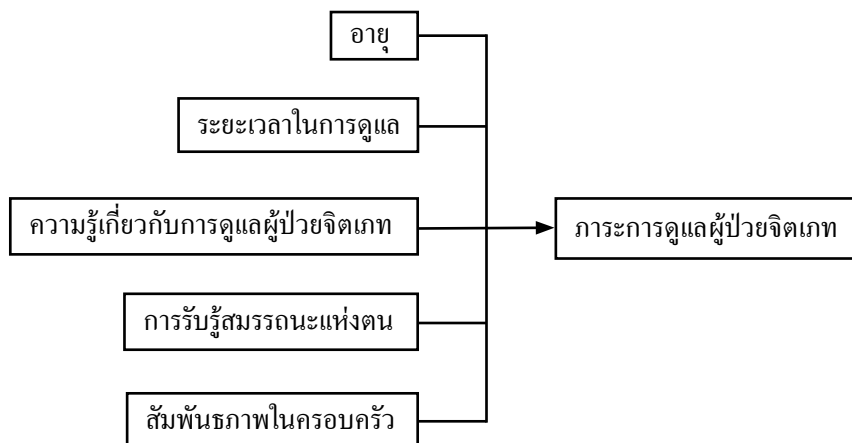
สมมติฐานการวิจัย

อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ซึ่งอธิบายว่าบุคคลเป็นระบบเปิด มีความเป็นพลวัต และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

ภายนอกตลอดเวลา ระบบบุคคลประกอบด้วยแนวป้องกันปกติ แนวป้องกันยืดหยุ่น แนวต่อต้าน และโครงสร้างพื้นฐานที่เป็นปัจจัยจำเป็นต่อสิ่งมีชีวิต เมื่อมีสิ่งคุกคาม บุคคลจะแสดงปฏิกิริยาตอบสนอง ทั้งนี้ อายุ เป็นแนวป้องกันปกติ เกี่ยวข้องกับประสบการณ์ในชีวิต ผู้ดูแลที่มีอายุมาก จึงรับรู้ภาวะการดูแลน้อย ระยะเวลาในการดูแล เป็นแนวป้องกันปกติ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจะมีความเครียด ภาวะซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง จึงรับรู้ภาวะการดูแลมาก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น ทำให้ผู้ดูแลสามารถพัฒนาทักษะการดูแลให้ดียิ่งขึ้น จึงรับรู้ภาวะการดูแลน้อย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น ผู้ดูแลที่รับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง จะมีความมั่นใจในการดูแลมาก จึงรับรู้ภาวะการดูแลน้อย ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นแนวป้องกันยืดหยุ่น ช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลของบุคคล ทำให้รับรู้ภาวะการดูแลน้อย การวิจัยครั้งนี้จึงศึกษาตัวแปรดังกล่าว ซึ่งน่าจะมีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษาหรือมารับยาแทนที่โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ ในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558 โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย และมีความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย 2) มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) มีอายุอยู่ในช่วง 18-60 ปี 4) สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้ และ 5) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เลือกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับสลาก

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มี 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การมีผู้ช่วยดูแล และระยะเวลาในการดูแล จำนวนทั้งสิ้น 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ตามแนวคิดของ Lefley (1987) ที่พัฒนาโดยสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 12 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 28 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามทางบวก คือ หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการคิดคะแนนรวมคะแนนทั้งหมด โดยคะแนนมากหมายถึง มีความรู้มาก และคะแนนน้อยหมายถึง มีความรู้น้อย

ชุดที่ 3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดของ Bandura โดย Jerusalem and Schwarzer (1993) ที่พัฒนาโดยเบ็ญญา นิมนวล (2547) จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนน 1-4 ได้แก่ ไม่เป็นความจริง จริงเล็กน้อย จริงพอสมควร และจริงมากที่สุด สำหรับการคิดคะแนนรวมคะแนนทั้งหมด โดยคะแนนมากหมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง และคะแนนน้อยหมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำ

ชุดที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวของ Crandall (1980) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยวรรณรัตน์ ลาวัณ และคณะ (2547) ซึ่งครอบคลุมความผูกพัน ความรักใคร่ปรองดอง และความสามารถในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการแสดงบทบาทของสมาชิก ด้านการสื่อสารในครอบครัว ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ และด้านการถ่ายทอดความรู้สึก จำนวนทั้งสิ้น 16 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ ไม่ตรงกับความเป็นจริงเลย ตรงกับความเป็นจริงน้อยครั้ง ตรงกับความเป็นจริงบางครั้งตรงกับความเป็นจริงบ่อยครั้ง และตรงกับความเป็นจริงตลอดเวลา สำหรับการคิดคะแนน รวมคะแนนทั้งหมด โดยคะแนนมากหมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวมาก และคะแนนน้อยหมายถึง มีสัมพันธภาพในครอบครัวน้อย

ชุดที่ 5 แบบประเมินการระงับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่ดัดแปลงจากแบบวัดของ Montgomery et al. (1985) แบ่งออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ภาระเชิงประนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การงาน และการทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก จำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 11 ข้อ รวมจำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ และ 2) ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และทัศนคติเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล

เป็นข้อคำถามทางลบทั้งหมด จำนวนทั้งสิ้น 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนข้อคำถามทางลบ ให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการคิดคะแนน พิจารณาการดูแลแต่ละลักษณะและการดูแล โดยรวม โดยคะแนนเฉลี่ยมากหมายถึง มีภาระการดูแลมาก และคะแนนเฉลี่ยน้อยหมายถึง มีภาระการดูแลน้อย

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัย นำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมิน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบประเมินสัมพันธภาพ ในครอบครัว และแบบประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท ไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น ของแบบวัดความรู้ฯ ด้วยวิธีการของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .76 ส่วนแบบประเมิน การรับรู้สมรรถนะฯ แบบประเมินสัมพันธภาพฯ และ แบบประเมินภาระการดูแลฯ หาค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี การของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .84, .96 และ .87 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (เอกสารรับรอง เลขที่ 09-03-2558 วันที่ 7 เมษายน 2558) และคณะกรรมการ จริยธรรมวิจัยในคน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ (เอกสารรับรอง เลขที่ 3/2558 วันที่ 28 พฤษภาคม 2558) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงถึง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอน การเก็บรวบรวมข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูล ในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการ วิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ เข้าพบหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นพบกลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอก แนะนำตัว และดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง (ข้อ 2) และให้ กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม แบบวัด และแบบประเมิน โดยใช้เวลา 20-30 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวม ข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ข้อมูล สัมพันธภาพในครอบครัว และข้อมูลภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 52 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 62 โดยมีอายุเฉลี่ย 50.18 ปี ($SD = 10.08$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 69 ประกอบอาชีพทำไร่/ทำสวน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 33 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38 ส่วนใหญ่ไม่มี โรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 81 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ในฐานะบิดา/มารดา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 59 มีผู้ช่วย ดูแล คิดเป็นร้อยละ 68 และระยะเวลาในการดูแลอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 46 โดยมีระยะเวลา ในการดูแลเฉลี่ย 7.98 ปี ($SD = 5.71$)

2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลเชิงปรนัย 22.39 ($SD = 6.60$) และมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแล เชิงอัตนัย 27.47 ($SD = 7.48$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยภาระ การดูแลโดยรวม 49.86 ($SD = 12.79$) แสดงว่าผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับน้อย ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายมิติและโดยรวม (n = 100)

ภาวะการดูแล	min	max	M	SD	การแปลผล
เชิงปรนัย	15	41	22.39	6.60	-
เชิงอัตนัย	13	56	27.47	7.48	-
โดยรวม	28	97	49.86	12.79	ภาวะการดูแลน้อย

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 21.66 (SD = 3.02)

มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 30.57 (SD = 6.26) และมีคะแนนเฉลี่ยสัมพันธภาพในครอบครัว 65.32 (SD = 12.79) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 100)

ตัวแปร	min	max	M	SD
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	13	28	21.66	3.02
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	14	40	30.57	6.26
สัมพันธภาพในครอบครัว	29	80	65.32	12.79

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว กับภาวะการดูแล

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.220, p < .05$; $r = -.240, p < .05$ และ $r = -.290, p < .01$ ตามลำดับ) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสัมพันธภาพในครอบครัว กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 100)

ตัวแปร	ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	
	r	p
อายุ	-.220	.031
ระยะเวลาในการดูแล	.070	.473
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	.040	.696
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.240	.016
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.290	.004

4.2 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอายุ และสัมพันธภาพในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 12 อย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ (adj. $R^2 = .120, p < .001$) โดยอายุสามารถทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด (Beta = -.228, $p < .05$) รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัว (Beta = -.222, $p < .05$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 100)

ตัวแปร	b	SE	Beta	t	p
อายุ	-.289	.121	-.228	-2.378	.019
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	-.010	.217	-.147	-1.430	.160
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.243	.111	-.222	-2.090	.015

Constant = 88.490; R = .390; $R^2 = .160$; adj. $R^2 = .120$; F = 3.560; $p < .001$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมน้อย ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นเครือญาติที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย โดยเป็นบิดา มารดา สามี ภรรยา จึงทำให้รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลบุคคล

ที่ตนรักและผูกพัน พร้อมกับความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของตนเองต่อครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา คู่สมรส พี่น้อง จะมีความรู้สึกผูกพัน และมีพันธะสัญญาต่อหน้าที่ที่มีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย แม้จะไม่มี ความหวังว่าความเจ็บป่วยจะมีโอกาสหาย โดยผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระของครอบครัว (สายใจ พัวพันธ์, 2553) นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ย

ภาระการดูแลโดยรวมน้อยยังอาจเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีผู้ช่วยดูแลที่เป็นเครือญาติกัน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่ามีคนมาช่วยแบ่งเบาภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของรจนา ปุณโณทก (2550) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมในระดับการรับรู้ที่ไม่เป็นภาระ

ผลการวิจัยพบว่าอายุเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด ทั้งนี้อธิบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ได้ว่าอายุของผู้ดูแลจัดเป็นองค์ประกอบใน ส่วนพัฒนาการของบุคคล อายุที่มากขึ้นทำให้มีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบมากขึ้น ผู้ที่มีอายุมากจะผ่านเรื่องราวต่าง ๆ มากกว่า จึงมีโอกาสที่ได้เรียนรู้จากประสบการณ์ชีวิต ทำให้เข้าถึงความจริง รู้เท่าทัน รู้ในการกระทำว่าสิ่งใดดี สิ่งใดควรทำ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรมกระทำความดีเพื่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสาธารณะ ลดละความเห็นแก่ตัว จึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุมากกว่ารับรู้ถึงภาระการดูแลผู้ป่วยน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย ประกอบกับในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการเรียนรู้ที่จะแก้ปัญหาเมื่อเผชิญปัญหาในการดูแลผู้ป่วย อายุที่มากขึ้นอาจทำให้บุคคลมีโอกาสนในการเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้จากประสบการณ์ ทำให้สามารถจัดการปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงนำไปสู่ความรู้สึกของการรับรู้ภาระการดูแลที่น้อยลง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Reinhard and Harwitz (1995) ที่ศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแล พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะรับรู้ภาระการดูแลน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของรจนา ปุณโณทก (2550) ที่พบว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก การรับรู้ภาระการดูแลจะมาก เพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ที่ย่อมมีบทบาทหลายด้าน ได้แก่ บทบาทตามหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว และบทบาททางสังคม กอปรกับเริ่มมีความเสื่อมถอยของสุขภาพ จึงมีการรับรู้ภาระการดูแลมาก สรุปได้ว่าอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้มีการรับรู้ภาระการดูแลที่แตกต่างกัน

(Cook, Lefley, Pickett, & Cohler, 1994; Lefley, 1987)

ผลการวิจัยพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว มีผู้ช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เป็นกำลังใจ ทำให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการปรับตัวเข้ากับบทบาท ภาระหน้าที่ หรือสิ่งต่าง ๆ ที่เข้ามาในชีวิตได้ สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะก่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันมากขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของ Neuman (2002) ได้ว่าสัมพันธภาพในครอบครัวจัดเป็นองค์ประกอบของระบบบุคคลในส่วนของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพในครอบครัวมาก โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวทั้งหมด ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา รองลงมาคือ เป็นสามี ภรรยา จึงทำให้มีความรัก ความผูกพัน รักใคร่ปรองดองกัน อาจทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีที่ได้ดูแลคนในครอบครัว และได้ช่วยกันแก้ปัญหาในครอบครัว กอปรกับผู้ดูแลส่วนใหญ่มีผู้ช่วยดูแลร่วมรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งผู้ช่วยดูแลทั้งหมด เป็นคนในครอบครัว จึงทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว มีคนรอบข้างช่วยเหลือในการแก้ปัญหา เป็นกำลังใจ ซึ่งการได้รับความช่วยเหลือและความเอาใจใส่จากคนในครอบครัวจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Chen & Greenberg, 2004) นอกจากนี้ สัมพันธภาพในครอบครัวยังเป็นปัจจัยพื้นฐานของระบบครอบครัวที่มีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา เนื่องจากครอบครัวเป็นระบบที่สำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคคลมีความสามารถในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (Orem, 1985) สัมพันธภาพที่ดีจะช่วยให้กระบวนการดูแลประสบผลสำเร็จ และทำให้รู้สึกพึงพอใจต่อบทบาทการดูแลมากขึ้น

ผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีความสัมพันธ์ทางลบ

กับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะกระทำและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในกลไกศักยภาพของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการเลือกการกระทำในกิจกรรมต่าง ๆ และทำให้บุคคลมีความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง (Bandura, 1986) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแล หากผู้ดูแลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูง ก็จะช่วยทำให้ผู้ดูแลรับรู้ถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทลดลง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความเกี่ยวข้องกับกระบวนการรู้คิด อารมณ์ และการกระทำของบุคคล จึงมีผลต่อการตัดสินใจและการกระทำของบุคคล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจา นิมนวล (2547) ที่ศึกษาสมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล พบว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ผลการวิจัยพบว่าระยะเวลาในการดูแลเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีการปรับตัวต่อหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และสามารถรักษาพลังใจให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.98 ปี และผู้ดูแลทั้งหมดเป็นบุคคลในครอบครัว โดยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่นานอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถปรับตัว เข้าใจ และเรียนรู้พฤติกรรมและอาการเตือนทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ นอกจากนี้ ความผูกพันทางสายโลหิต ความรัก ความเอื้ออาทรและความห่วงใย ทำให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยเป็นไปด้วยความรัก ความเมตตา และความใส่ใจ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าจะน้อยหรือมาก จึงไม่มีผลต่อภาระการดูแล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญญา

แดงด้อมยุทธ์ (2555) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผลการวิจัยพบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก ($M = 21.66$) แม้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา แต่ผู้ดูแลมีระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 7.98 ปี จึงอาจทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย และสามารถพัฒนาทักษะการดูแลให้มีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่พาผู้ป่วยจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัด จึงทำให้มีโอกาสได้รับความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางสุขภาพ จึงทำให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งการสั่งสมความรู้และประสบการณ์จากการเรียนรู้สิ่งใดสิ่งหนึ่งในระยะเวลาหนึ่งเมื่อวันเวลาผ่านไปจะทำให้บุคคลได้เรียนรู้ความเป็นจริงมากขึ้น (Orem, 2001 อ้างถึงในเทียนทอง หาระบุตร และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 2555)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 บุคลากรทางสุขภาพควรพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.2 ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีประสิทธิภาพ และลดภาระการดูแลของผู้ดูแล

1.3 คณาจารย์ในสถาบันการศึกษาพยาบาลควรสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในการสอนนักศึกษาพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้าง

สัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 ควรศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น แรงสนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความสามารถในการเผชิญปัญหา เพื่อความครอบคลุมของการนำผลที่ได้ไปใช้ในการลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2548). *แผนปฏิบัติการกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548*. กรุงเทพฯ: สยามอินเลิท์ มาร์เก็ตติ้ง.

กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2555). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2555*. นนทบุรี: ผู้แต่ง.

งานเวชระเบียน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. (2557). *รายงานประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ปีงบประมาณ 2556*. สระแก้ว: ผู้แต่ง.

จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เทียนทอง ทาระบุตร, และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(3), 113-124.

นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เบ็ญจา นิมนวล. (2547). *สมรรถนะแห่งตนกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ปราชัญญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์. (2546). *การพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพและจิตเวชในศูนย์สุขภาพชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขทุกระดับ*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีรัชัญญา.

มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2550). *จิตเวชศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่2). กรุงเทพฯ: บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.

รจนา ปุณโณทก. (2550). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

วรรณรัตน์ ลาวัง, รัชณี สรรเสริญ, ยุวดี รอดจากภัย, นิภาวรรณ สามารถกิจ, วิจิตรพร หล่อสุวรรณกุล, และเวชกา กลิ่นวิจิต. (2547). *สถานการณ์ปัญหาความต้องการและพลังอำนาจญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ป่วยเรื้อรังที่บ้านในเขตภาคตะวันออกเฉียง* (รายงานผลการวิจัย). ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สายใจ พัวพันธ์. (2553). *เอกสารประกอบการสอนเรื่องทฤษฎีการพยาบาล: ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัดสัน*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). *ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Chen, F., & Greenberg, J. S. (2004). A positive aspect of caregiving: The influence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 423-435.

- Cook, J. A., Lefley, H. P., Pickett, S. A., & Cohler, B. J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64(3), 435-447.
- Crandall, R. C. (1980). *Gerontology: A behavioral science approach*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- George, L. K., & Dwyther, L. P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist*, 26(8), 253-259.
- Jerusalem, M., & Schwarzer, R. (1993). *The General Self-Efficacy Scale (GSE)*. Retrieved from <http://www.fu-berlin.De/gesund>
- Lefley, H. P. (1987). Impact of mental illness in families of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(20), 613-619.
- Leggett, A. N., Zarit, S., Taylor, A., & Galvin, J. E. (2010). Stress and burden among caregivers of patients with lewy body dementia. *The Gerontologist*, 51(1), 76-85. doi:10.1093/geront/gnq055
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21(2), 248-255.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(1), 19-26.
- Neuman, B. (2002). *The Neuman systems model* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice*. New York: McGraw-Hill.
- Reinhard, S. C., & Harwitz, A. V. (1995). Caregiver burden: Differentiating the content and consequences of family caregiving. *Journal of Marriage and the Family*, 57(8), 741-750.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Tungpunkom, P. (2000). *Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving* (Doctoral dissertation). University of California at San Francisco.
-