

ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท * Predicting Factors of Caregiving Burden among Caregivers of Persons with Schizophrenia *

อโนทัย จันทรไส, พย.ม. (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) ¹

Anothai Jansai, M.N.S. (Psychiatric and Mental Health Nursing) ¹

ภัทราภรณ์ ภัทรสกุล, ประ.ด. (การพยาบาล) ²

Patraporn Bhatarasakoon, Ph.D. (Nursing) ²

สมบัติ สกุลพรรณ, ประ.ด. (หลักสูตรและการสอน) ³ ชาลินี สุวรรณยศ, ประ.ด. (การพยาบาล) ⁴

Sombat Skulphan, Ph.D. (Curriculum and Instruction) ³ Chalinee Suvanayos, Ph.D. (Nursing) ⁴

Received: February 10, 2022 Revised: November 25, 2024 Accepted: December 4, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาภาระการดูแล และปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 110 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

^{*} Master's Thesis of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

¹ มหบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

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

¹ ผู้เขียนหลัก (Corresponding author) E-mail: Anothai_jansai@yahoo.com

² ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

² Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Major Advisor

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

³ Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

⁴ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University: Co-advisor

มีค่าความเชื่อมั่น .83 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .84 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม มีค่าความเชื่อมั่น .88 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .84 และแบบประเมินความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีค่าความเชื่อมั่น .83 เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาระการดูแล คิดเป็นร้อยละ 63.64 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ร้อยละ 10.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .106, p < .01$)

จากการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสาธารณสุขควรประเมินการรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างเหมาะสม เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

คำสำคัญ: ภาระการดูแล ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแล

Abstract

This predictive correlational research aimed to investigate caregiving burden and predicting factors of caregiving burden among caregivers of persons with schizophrenia. The samples were 110 caregivers of persons with schizophrenia who had come to receive services at the psychiatric clinic of the district hospitals in Chiang Mai Province. The research instruments included a caregiver demographic data questionnaire, the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) with a reliability of .83, a caregiving knowledge test with a reliability of .84, a social support questionnaire with a reliability of .88, a psychiatric family caregiving skills scale with a reliability of .84, and the Zarit Burden Interview (ZBI) with a reliability of .83. Data were collected from June to August 2021. Statistics used for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, and stepwise multiple regression analysis.

The research results revealed that most caregivers of persons with schizophrenia perceived no caregiving burden (63.64%). Caregiving knowledge could statistically significantly predict the caregiving burden among caregivers of persons with schizophrenia which accounted for 10.60% ($R^2 = .106, p < .01$).

This research suggests that healthcare providers should assess caregiving burden among caregivers of persons with schizophrenia as well as appropriately provide caregiving knowledge in order to decrease the perception of the caregiving burden.

Keywords: Caregiving burden, Caregivers of persons with schizophrenia, Caregiving knowledge

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง มีลักษณะความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม มีอาการทางจิต เช่น อาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน (World Health Organization [WHO], 2013) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2018 ระบุว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก (WHO, 2018) และจากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิตในปีงบประมาณ 2560 พบว่า คนไทยป่วยด้วยโรคทางจิตเวชทั้งสิ้น 2,669,821 คน โดยเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทถึง 480,266 คน คิดเป็นร้อยละ 18 ซึ่งมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรง มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และมีอัตราการกำเริบสูง โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 7.23 และภายใน 90 วัน เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 15.19 (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2558 อ้างถึงในสุดาพร สติยยุทธการ, 2559) แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีแนวโน้มการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคจิตเภทก่อให้เกิดผลกระทบทั้งด้านบุคคล ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และด้านครอบครัว โดยผลกระทบด้านบุคคลเป็นผลจากความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) ในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ (Harvey & Strassing, 2012) ส่วนผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางคนมีอาการหลงเหลืออยู่จนอาจถึงขั้นทุพพลภาพ บางคนต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในเป็นประจำ ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น โดยครอบครัวและสังคมต้องมีส่วนในการรับผิดชอบร่วมกัน (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2561) สำหรับผลกระทบด้านครอบครัวพบว่า ผู้ป่วยบางคนหลังกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้านยังคงมี

อาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ทำให้บกพร่องในการดูแลตนเองและทักษะในการอยู่ร่วมกับสังคมและชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านต่อบุคลากรด้านสุขภาพจิตจึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกในครอบครัว (ภัทรภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560) โดยพบว่า สถานการณ์หรือเหตุการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความตึงเครียดที่ต้องเผชิญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ก่อให้เกิดการรับรู้ภาวะการดูแล (ดุยภูมิ อุดมอิทธิพงศ์, พิชญา ชาญนคร, และศศิธร เก็มเส้น, 2563)

แนวคิดความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล ของ Zarit (2008) กล่าวว่า ภาระการดูแลเป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเอง ซึ่งเกิดจากสถานการณ์หรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่งของผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลมีมุมมองของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระจากการทบทวนวรรณกรรม เมื่อเปรียบเทียบความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว (Vasudeva, Sekhar, & Rao, 2013) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ บกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ไม่สามารถทำงานได้ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันมากขึ้น นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ รู้สึกกังวลต่ออาการของผู้ป่วยในระดับสูง สูญเสียรายได้เนื่องจากระยะเวลาในการทำงานลดลง จึงพบว่าผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลโรคเรื้อรังทางกายและโรคทางจิตเวชอื่นๆ ดังนั้นการที่ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความรู้สึกเป็นภาระสูงย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระสูงมีโอกาสเกิดโรคทางจิตเวชได้

และส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความท้อแท้ เบื่อหน่าย จนถึงขั้นทอดทิ้งผู้ป่วยโรคจิตเภทในที่สุด (Lasebikan & Ayinde, 2013) อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลรับรู้ถึงการดูแล แต่ผู้ดูแลแต่ละคนอาจเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลที่มากน้อยแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากการทบทวนการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่า ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การสนับสนุนทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล (Adeosun, 2013; Shamsaei, Cheraghi, & Bashirian, 2015) ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ความเรื้อรังของโรค (Shamsaei et al., 2015) และความรุนแรงของการเจ็บป่วย (Grandón, Jenaro, & Lemos, 2008) ส่วนการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีทั้งทางบวกและทางลบ โดยปัจจัยด้านผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระ ได้แก่ อายุ การรับรู้สมรรถนะ (อัศววัฒน์ เพียวพงภักดิ์, 2561) สัมพันธภาพในครอบครัว (วาสนา นามเหลา, 2559) ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย (เสาวนีย์ คงนิรันดร์, 2559) トラบาป ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และความแข็งแกร่งในชีวิต (เจนณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์, 2557) โดยการศึกษาต่างๆ ข้างต้นนั้น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูงกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับน้อยถึงปานกลางกับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา การรับรู้สมรรถนะ สัมพันธภาพในครอบครัว トラบาป ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และ

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ทั้งนี้บางปัจจัยที่ยังหาข้อสรุปไม่ได้ คือ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่พบว่ามีความสัมพันธ์ทั้งในระดับสูง (Shamsaei et al., 2015) และในระดับต่ำ (เสาวนีย์ คงนิรันดร์, 2559) ส่วนปัจจัยความรุนแรงของการเจ็บป่วย พบเพียงการศึกษาในต่างประเทศเท่านั้น นอกจากนี้ บางปัจจัยที่แม้จะมีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระดับต่ำ แต่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เนื่องจากการที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทจะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดทักษะและมีความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรู้สึกเป็นการลดลง (เจนณัญญ์ ศรีพรหมภักดิ์, 2557) เช่นเดียวกับปัจจัยความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพราะหากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางบวกกำเริบจะส่งผลกระทบต่อให้ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมและอารมณ์ที่รุนแรงขึ้น มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายทั้งต่อตนเองและผู้อื่น และเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระ (กริณี สังข์ประคอง, 2562; พิมพ์นา สิริเหมอนันต์, อัจฉราพร สีหริณวงศ์, และอติธยา พรชัยเกตุ โอว ยอง, 2555)

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยคัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในระดับสูง คือ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท รวมทั้งปัจจัยที่แม้จะมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำแต่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และปัจจัยที่ยังไม่พบในการศึกษาความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในประเทศไทย ได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนพัฒนาการดูแล

และเตรียมผู้ดูแลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลของผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

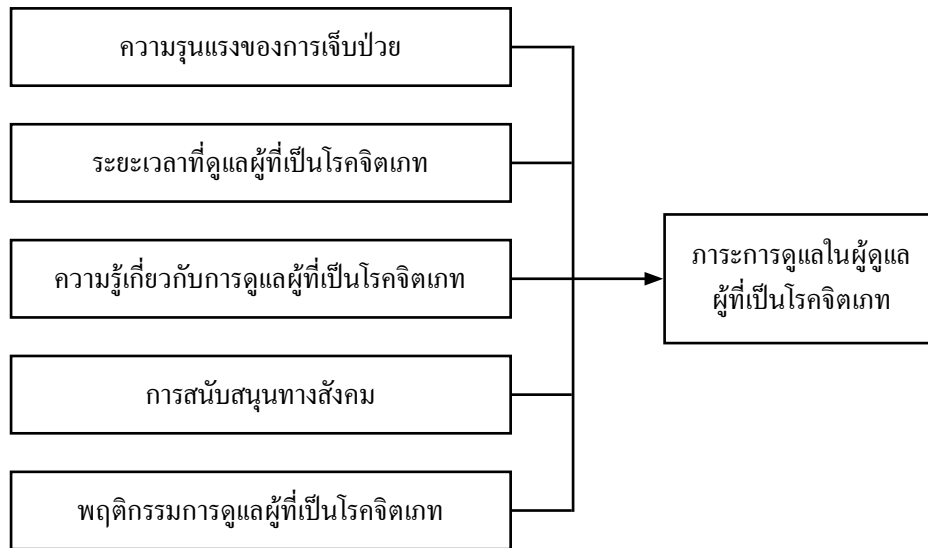
สมมติฐานการวิจัย

ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแล ของ Zarit (2008) ที่เชื่อว่า ความรู้สึกเป็นภาระเป็นความรู้สึกว่าถูกคุกคามและรบกวนความผาสุกของตนเอง อันเกิดจากสถานการณ์หรือ

เหตุการณ์ต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องเผชิญในการดูแลผู้ป่วย โดยผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ว่าทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวพัฒนามาจากรูปแบบกระบวนการความเครียด (stress process model) ของ Pearlin et al. (1990 as cited in Zarit, 2008) ที่กล่าวว่า ภาระการดูแลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากความเครียดของผู้ดูแลที่มีลักษณะเป็นพลวัต และเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบที่หลากหลาย ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระ จากแนวคิดร่วมกับการทบทวนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่ศึกษาได้แก่ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงมาก ระยะเวลาที่ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ยาวนาน และต่อเนื่อง การขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแล การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ และการมีพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ไม่เหมาะสม อาจมีอิทธิพลต่อการรับรู้ของผู้ดูแลเมื่อต้องให้การดูแลนั้นๆ และประเมินสถานการณ์การดูแลว่าเป็นภาระได้ สรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งได้รับการวินิจฉัยตามหลักเกณฑ์การใช้รหัสจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลระดับอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความเกี่ยวข้องโดยเป็นบิดา มารดา สามิ ภรรยา บุตรหลาน หรือญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน และไม่ได้รับค่าตอบแทน 2) ระยะเวลาที่ดูแลตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) อายุ 18–60 ปี 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี 5) ไม่เป็นผู้ป่วยหรือผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคทางจิตเวช และ 6) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978 อ้างถึงในบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553) ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอนโดยเลือกโรงพยาบาล 1 แห่ง จากแต่ละโซนของ

โรงพยาบาลแม่ข่าย ด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ได้จำนวน 4 แห่ง โดยโซน 1 ได้โรงพยาบาลฝาง โซน 2 ได้โรงพยาบาลสันทราย โซน 3 ได้โรงพยาบาลสันกำแพง และโซน 4 ได้โรงพยาบาลจอมทอง จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบง่ายโดยการจับฉลาก ตามสัดส่วนของประชากร

เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 6 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ ความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ชุดที่ 2 แบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย ผู้วิจัยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) ของ Overall and Gorham ปี ค.ศ. 1962 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) จำนวน 18 ข้อ

มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย เป็นบางครั้ง มีอาการเล็กน้อย มีอาการปานกลาง มีอาการค่อนข้างรุนแรง มีอาการรุนแรง และมีอาการรุนแรงมาก คะแนนรวมอยู่ในช่วง 18-126 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ มีอาการทางจิตน้อย (18-36 คะแนน) และมีอาการทางจิตรุนแรง (มากกว่า 36 คะแนน)

ชุดที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Lefley ปี ค.ศ. 1987 จำนวน 28 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นจริง จำนวน 16 ข้อ และข้อคำถามที่เป็นเท็จ จำนวน 12 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ข้อคำถามที่เป็นจริง หากตอบว่าใช่ ให้ 1 คะแนน และหากตอบว่าไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อคำถามที่เป็นเท็จให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-28 คะแนน ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความรู้ในระดับน้อย (ต่ำกว่า 19 คะแนน) ในระดับพอใช้ (19-20 คะแนน) ในระดับปานกลาง (21-22 คะแนน) ในระดับดี (23-24 คะแนน) และในระดับดีมาก (25 คะแนนขึ้นไป)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล (Personal Resource Questionnaire [PRQ 2000]) ส่วนที่ 2 ของ Weinert ปี ค.ศ. 2000 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยภัทราภรณ์ พุ่มปิ่นคำ และประภาศรี พุ่มมีผล (ประภาศรี พุ่มมีผล, 2548) แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการได้รับความรัก ด้านการได้รับการยอมรับในคุณค่าของตนเอง ด้านการได้รับการยอมรับของสังคม และมีส่วนร่วมในสังคม ด้านการได้ช่วยเหลือและทำประโยชน์แก่ผู้อื่น และด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารและคำแนะนำ รวมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น

แบบมาตรประมาณค่า 7 ระดับ จากคะแนน 1-7 ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก ไม่เห็นด้วย ค่อนข้างไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ค่อนข้างเห็นด้วย เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างมาก ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนในระดับต่ำ (15-45 คะแนน) ในระดับปานกลาง (46-75 คะแนน) และในระดับสูง (76-105 คะแนน)

ชุดที่ 5 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของภัทราภรณ์ พุ่มปิ่นคำ, สิทธิลักษณ์ วรรณะพงษ์, ลำเนาวิ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล (2548) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ จำนวน 29 ข้อ ด้านการจัดการด้านอาการ จำนวน 11 ข้อ และด้านการบริหารจัดการเรื่องยา จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวน 50 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวก จำนวน 47 ข้อ และข้อคำถามทางลบ จำนวน 3 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 4 แบบ จากคะแนน 0-3 ของข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ผู้ป่วยทำได้เองหรือไม่มีสถานการณ์เกิดขึ้น ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติ ทราบและปฏิบัติบ้างแต่ไม่มั่นใจ และปฏิบัติทุกครั้ง ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการดูแลในระดับต่ำ (1.00-1.66 คะแนน) ในระดับปานกลาง (1.67-2.33 คะแนน) และในระดับสูง (2.34-3.00 คะแนน)

ชุดที่ 6 แบบประเมินความรู้สึกลึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกลึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง (Zarit Burden Interview [ZBI]) ของ Zarit and Zarit ปี ค.ศ. 1990 ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยชนัญชิตาคุชฎี ทุลศิริ, รัชนิ สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) จำนวน 22 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 0-4 ได้แก่ ไม่เคยเลย นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มีภาระการดูแล

(0–20 คะแนน) มีการดูแลในระดับน้อยถึงปานกลาง (21–40 คะแนน) ในระดับปานกลางถึงรุนแรง (41–60 คะแนน) และในระดับรุนแรง (61–88 คะแนน)

สำหรับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือนี้ ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดพฤติกรรม การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และแบบประเมินความรู้สึก เป็นการในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไปทดลองใช้กับ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คลินิกจิตเวช โรงพยาบาล เชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน หาค่าความเชื่อมั่นของ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแล ด้วยวิธีการของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน สูตรที่ 20 (KR-20) ได้ค่าเท่ากับ .84 และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความรุนแรงของการเจ็บป่วย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดพฤติกรรม การดูแล และแบบประเมินความรู้สึก เป็นการใน ด้วยวิธีการของครอนบาช ได้ค่าเท่ากับ .83, .88, .84 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) หลังจาก โครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ (เอกสารรับรอง เลขที่ 038/2021 วันที่ 25 พฤษภาคม 2564) ผู้วิจัยจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่ คาดว่าจะได้รับ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และ สิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลจะ ได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัย ครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลฝาง ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสันทราย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันกำแพง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมทอง เข้าพบหัวหน้า กลุ่มงานการพยาบาลและหัวหน้าคลินิกจิตเวชของ โรงพยาบาลแต่ละแห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมขอความร่วมมือให้โรงพยาบาลเตรียมผู้ประสานงาน แห่งละ 1 คน รวมจำนวน 4 คน เพื่อช่วยดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในขณะที่ผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยพบผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่คลินิกจิตเวช ในช่วงเวลาที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรอตรวจ แนะนำตัว ดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามข้อความชี้แจง การพิทักษ์สิทธิ ให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตอบ แบบสอบถาม แบบประเมิน และแบบวัด โดยใช้เวลา 30–40 นาที ทั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และข้อมูลภาระการดูแลในผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลความรุนแรงของการเจ็บป่วย ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคม และข้อมูล พฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท วิเคราะห์ด้วย สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนการหา ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ แบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแล เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 53.64 มีอายุในช่วง 51–60 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47.27 โดยมีอายุเฉลี่ย 46.77 ปี ($SD = 12.76$) มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.91 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 68.18 มีรายได้ในช่วง 1,001–5,000 บาทต่อเดือน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.27 โดยมีรายได้เฉลี่ย 5,921.82 บาท ต่อเดือน ($SD = 6,178.77$) มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็น โรคจิตเภทโดยเป็นเครือญาติอื่นๆ (พี่สะใภ้ น้องสะใภ้ น้องเขย พี่เขย) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.18 และ

มีระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 โดยมีระยะเวลาที่ดูแลเฉลี่ย 7.88 ปี ($SD = 5.59$)

2. ความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ รับรู้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับน้อย ($M = 21.85$, $SD = 4.11$)

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลฯ ในระดับพอใช้ ($M = 19.08$, $SD = 3.27$)

4. การสนับสนุนทางสังคมในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ($M = 68.26$, $SD = 10.84$)

5. พฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลฯ ในระดับปานกลาง ($M = 2.13$, $SD = .23$)

6. ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่รับรู้ว่าไม่มีภาระการดูแล คิดเป็นร้อยละ 63.64 รองลงมา คือ รับรู้ว่ามีการ

การดูแลในระดับน้อยถึงปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 27.27 รับรู้ว่ามีการดูแลในระดับปานกลางถึงรุนแรง คิดเป็นร้อยละ 8.18 และรับรู้ว่ามีการดูแลในระดับรุนแรง คิดเป็นร้อยละ .91 ตามลำดับ โดยผู้ดูแลฯ มีคะแนนเฉลี่ยภาระการดูแลในระดับไม่มีภาระการดูแล ($M = 18.92$, $SD = 12.85$)

7. ปัจจัยทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

7.1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .326$, $p < .001$ และ $r = .275$, $p < .01$ ตามลำดับ) ส่วนความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กับภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ($n = 110$)

ตัวแปร	ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	
	r	p
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	-.110	.127
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	.098	.154
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	.326	< .001
การสนับสนุนทางสังคม	.143	.068
พฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	.275	.002

7.2 อำนาจการทำนายของความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต่อการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ความรู้

เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ร้อยละ 10.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($R^2 = .106$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 อำนาจการทำนายของความรุนแรงของการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต่อการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ($n = 110$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	Beta	t	p
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท	1.278	.357	.326	3.579	.001

Constant = 5.463, $R = .326$, $R^2 = .106$, adj. $R^2 = .098$, $F = 12.808$, $p < .01$

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลในระดับไม่มีการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผู้ดูแล มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 47.27) โดยมีอายุเฉลี่ย 46.77 ปี ซึ่งอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีวุฒิภาวะและความรับผิดชอบเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ที่มีอายุมากจะผ่านเรื่องราวต่างๆ มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย จึงมีประสบการณ์ชีวิตที่มากกว่า (Neuman & Fawcett, 2002) ซึ่งการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านต้องใช้ประสบการณ์ในการดูแลและการแก้ปัญหาเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ในการดูแลทำให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ (ภัทรภรณ์ พงษ์ปันคำ, 2560) จึงทำให้ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระ ประกอบกับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.18) จึงทำให้คู่สมรสมีส่วนช่วยในการแบ่งเบาภาระ

การดูแลและเป็นที่ปรึกษาของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเป็นเครือญาติอื่นๆ (พี่สะใภ้ น้องสะใภ้ น้องเขย พี่เขย) มากที่สุด (ร้อยละ 28.18) ซึ่งมีความใกล้ชิดสนิทสนมและคุ้นเคยกัน จึงมีความผูกพันที่เอื้ออาทรห่วงใย และจริงใจต่อกัน ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกสงสารมากกว่าที่จะเห็นว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระของครอบครัว (สายใจ พัวพันธ์, 2554) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวิลาสินี พิเศษ และธรรมนาถ เจริญบุญ (2562) ที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีการดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยาภรณ์ พิมวรรณ และนิสิตา นาทประยุทธ์ (2564) ที่พบว่า ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่มีการดูแล

ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นตัวแปรเดียวที่สามารถทำนายการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ร้อยละ 10.60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีผลทางบวก แสดงว่า หากผู้ดูแล มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

มาก จะส่งผลให้มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมาก ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแล เป็นผู้ที่ทำหน้าที่เป็นโรคจิตเภท มาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีโอกาสได้รับความรู้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากบุคลากรทางสาธารณสุข จึงมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ การที่ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การรักษา และการป้องกันกำเริบเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลจึงมีแนวโน้มที่จะวางแผนให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากที่สุดเท่าที่ตนจะสามารถทำได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากขึ้น ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเจนณภัฏฐ์ ศรีพรหมภักดิ์ (2557) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัยพบว่า ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ไม่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ และผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตน้อยและมีอาการคงที่ จึงทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแล เนื่องจากการรับประทานยาเป็นหัวใจสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตสงบและสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ (ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560) ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบจากการที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรง จึงไม่รับรู้ว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นภาระ ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการโรคจิตเภทกำเริบจนต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา มีโอกาสเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่ผู้ป่วยไม่มีอาการโรคจิตเภทกำเริบ (จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์ และชลทิษา เรืองวิริยะนันท์, 2562)

ผลการวิจัยพบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็น

โรคจิตเภทได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.18) จึงมีคนช่วยเหลือในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และการที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับน้อย จึงทำให้รับรู้ว่ามีภาระการดูแล นอกจากนี้ ผู้ดูแล ยังมีระยะเวลาที่ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40) โดยมีระยะเวลาที่ดูแลเฉลี่ย 7.88 ปี อาจทำให้รับรู้ภาระการดูแลน้อย ดังการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมานาน จะมีภาระการดูแลมากกว่า (สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์, 2559) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอัครวัฒน์ เพ็ญพวงกวัด (2561) ที่พบว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย และสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร์ (2559) ที่พบว่า ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแล ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาระการดูแล (ร้อยละ 63.64) และมีคะแนนเฉลี่ยการได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง ประกอบกับผู้ดูแล มีความเกี่ยวข้องกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยเป็นเครือญาติอื่นๆ (พี่สะใภ้ น้องสะใภ้ น้องเขย พี่เขย) มากที่สุด (ร้อยละ 28.18) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 68.18) จึงสะท้อนถึงสภาพสังคมและวัฒนธรรมของคนไทยที่มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในยามเจ็บป่วย (ภัทราภรณ์ พุ่งปันคำ, 2560) โดยครอบครัวที่มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันตั้งแต่เริ่มทราบข่าวการเจ็บป่วย มีการประคับประคองจิตใจและหาข้อมูลการรักษา ปรึกษากันเกี่ยวกับวิธีการรักษา พร้อมทั้งมีการผลักดันมาดูแลเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งนี้ในกระบวนการรักษาโรคจิตเภทนั้น เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจะเข้าสู่กระบวนการรักษา

แบบของคร่อม จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับความช่วยเหลือจากทุกฝ่ายและได้รับการสนับสนุนทางสังคม (Napa, Tungpunkom, Sethabouppha, Klunklin, & Fernandez, 2017) ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งกำลังใจของบุคคลในการเผชิญกับปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมเป็นอย่างดี การสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นที่ยอมรับแก่คนในครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยไม่เป็นการ (Brandt & Weinert, 1985)

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ดูแลฯ ส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาระการดูแล (ร้อยละ 63.64) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลฯ ในระดับปานกลาง อีกทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตน้อย มีอาการคงที่ และผู้ดูแลเป็นผู้ที่พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีโอกาสดูแลผู้ป่วยและทักษะในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจากบุคลากรทางสาธารณสุข ซึ่งการที่ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างถูกต้องและเหมาะสม จะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่มีอาการกำเริบและไม่กลับเป็นซ้ำ หากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่เหมาะสมจะทำให้ไม่สามารถจัดการกับอาการของโรคหรือเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นได้ ก็จะมีความรู้สึกว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้นเป็นเรื่องยากลำบาก และเกิดการรับรู้ภาระในการดูแล (ภัทรภรณ์ หุ่นปันคำ, 2560) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร์ (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้นุคลากรทางสาธารณสุขควรมีการประเมิน

การรับรู้ภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจร่วมทำนายภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ เช่น ทักษะการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่ได้พาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาพบแพทย์ตามนัด

2.2 ควรมีการพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมการลดภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเน้นกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- กรณี สังข์ประคอง. (2562). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังสุขภาพจิตต่อพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมรุนแรง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*, 2(2), 1-20.
- เชมณัฐ ศรีพรหมภักดิ์. (2557). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาป ความรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, และชลธิชา เรืองวิริยะนันท์. (2562). ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 27(2), 95-106.
- ชนัญชิตาคุณ ภูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ, และวรรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 62-75.

- จิตติยาภรณ์ พิมวรรณ, และนิสิตา นาทประยุทธ์. (2564). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 66(2), 203–216.
- คุณฤ อุดมอิทธิพงศ์, พิษญา ชาญนกร, และศศิธร เก็มเส็น. (2563). ภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ: บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 14(2), 48–68.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูเอสดัไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- ประภาศรี พงษ์มีผล. (2548). *การสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแล และความเครียดของมารดาเด็กออทิสติก* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2561). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ*. เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.
- พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ใน *เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประชุมวิชาการผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนปรุง* (น. 1–10). เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- พิมพ์ชนา ศรีเหมอนันต์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, และอติยา พรชัยเขต โอว ของ. (2555). การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 235–248.
- ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ. (2560). *การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. เชียงใหม่: สมาร์ทโคดดิ้ง แอนด์ เซอร์วิส.
- ภัทราภรณ์ พงษ์ปันคำ, ลีริลักษณ์ วรรณนะพงษ์, ลำเนาวัลย์ เรืองยศ, ปรีทรรศ ศิลปกิจ, และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. (2548). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. ใน *เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ เรื่องสุขภาพจิตกับภัยพิบัติ* (น. 124–125). เชียงใหม่: โรงแรมเวียงพิงค์.
- วาสนา นามเหลา. (2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วิลาสินี พิเศษ, และธรรมนาถ เจริญบุญ. (2562). ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 64(4), 317–336.
- สายใจ พัวพันธ์. (2554). *ทฤษฎีการพยาบาล: ศาสตร์แห่งมนุษย์และการดูแลมนุษย์ของวัดสัน*. ชลบุรี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2559). ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 31(3), 139–148.
- สุดาพร สถิตยยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(3), 1–15.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). *ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- เสาวนีย์ คงนิรันดร์. (2559). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัครวัฒน์ เพ็ญพวงกวัด. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 12(28), 72–84.
- Adeosun, I. I. (2013). Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2013, 353809. doi:10.1155/2013/353809
- Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research*, 30(5), 277–280. doi:10.1097/00006199-198109000-00007
- Grandón, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158(3), 335–343. doi:10.1016/j.psychres.2006.12.013
- Harvey, P. D., & Strassnig, M. (2012). Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: Cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. *World Psychiatry*, 11(2), 73–79. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.05.004
- Lasebikan, V. O., & Ayinde, O. O. (2013). Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(1), 60–66. doi:10.4103/0253-7176.112205
- Napa, W., Tungpunkom, P., Sethabouppha, H., Klunklin, A., & Fernandez, R. (2017). A grounded theory study of Thai family caregiving process for relatives with first episode psychosis. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(2), 158–170. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/74254/67459>
- Neuman, B., & Fawcett, J. (Eds.). (2002). *The Neuman systems model* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Shamsaei, F., Cheraghi, F., & Bashirian, S. (2015). Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(4), 239–245. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4801494/>
- Vasudeva, S., Sekhar, C. K., & Rao, P. G. (2013). Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A sectional study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35(4), 352–357. doi:10.4103/0253-7176.122224
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/schizophrenia>
- World Health Organization. (2018). *Schizophrenia*. Retrieved from <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Zarit, S. H. (2008). Diagnosis and management of caregiver burden in dementia. In C. Duyckaerts & I. Litvan. (Eds.), *Handbook of Clinical Neurology* (pp. 101–106). Philadelphia, PA: Elsevier.