

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

เอมิกา กลยนิ* เพ็ญนภา แดงด้อมยุกร์** ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี***

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จำนวน 143 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรีและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก 3) แบบวัดภาวะสุขภาพ 4) แบบวัดภาระในการดูแล 5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และ 6) แบบวัดคุณภาพชีวิต จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.5) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตทางบวก คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก, ภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = .583, .564$ และ $.605$ ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตได้แก่ อายุ และภาระในการดูแลผู้ป่วย ($r = -.216$ และ $-.629$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแล คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ($r = -.115, p > .05$) และ

รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($\chi^2 = 10.056$) คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง ควรนำปัจจัยที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีระดับที่สูงขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คุณภาพชีวิต

* พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลศิริราช

** อาจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Selected Factors Relating to Quality of Life among Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia at Home

Amika Kolyanee, Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.

Assistant Professor Areewan Aumtanee, Ph.D.

Abstract

The purposes of this descriptive research were to study the level of quality of life among caregivers caring for patients with schizophrenia at home and to study the relationships between age, income, duration of care, sense of coherence, health status, caregiver burden and social support. The subjects were 143 schizophrenic patients' caregivers who took their patients to follow up in Out Patients Department of Ratchaburi Hospital, Nakhonprathom Hospital and Chaoprayayomaraj Hospital. The research instruments were the personal data record, sense of coherence questionnaires, Short Form 36 Health survey (SF-36), caregiver burden scale, social support questionnaires and World Health Organization Quality Of Life-BREF (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed by using Percentage, Mean, Standard deviation, Pearson's Product Moment Correlation and Chi-Square. Statistical significance level was at .05. Major findings were as follows the level of quality of life of schizophrenic patients' caregiver was at moderate level. (68.5%). Sense of coherence, health status and social support of schizophrenic patients' caregivers were positively correlated at moderate level ($r = .583, .564$ and $.605$ respectively), Age and caregiver burden were negatively correlated at moderate level ($r = -.216$ and $-.629$), Income of schizophrenic patients' caregiver was correlated to quality of life of schizophrenic patients' caregiver at level of .05. ($\chi^2 = 10.056$) and Duration of care was not correlated to quality of life of schizophrenic patients' caregiver.

Conclusion : The level of quality of life of schizophrenic patients' caregiver was at moderate level. Factors of this study is to develop a program to improve the quality of life of Schizophrenic patients' caregivers have higher levels.

Keywords : Schizophrenic patients' caregivers, Quality of life

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

ในประเทศไทยสถิติของผู้ป่วยจิตเภทในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553-2555 มีจำนวน 1,055,548, 1,091,646 และ 1,076,155 ราย ตามลำดับและมีแนวโน้มสูงขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2556) จากสภาพการณ์ดังกล่าวทำให้โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาจะได้รับการจำหน่ายออกสู่ครอบครัว ชุมชน ความเรื้อรังของโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น จนไม่สามารถดูแลตัวเองได้ หรือมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่น ต้องอาศัยผู้ดูแลให้การช่วยเหลือประคับประคอง (กรมสุขภาพจิต, 2549)

ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนให้เป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ดูแลต้องช่วยกระตุ้นและดูแลหรือรับผิดชอบช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการดูแลให้ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และต้องตัดสินใจแทนผู้ป่วยในทุกเรื่อง เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีความผิดปกติในด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม (วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล, 2550) ซึ่งจะต้องใช้ทั้งความรู้และความอดทนในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้การต้องดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานและต่อเนื่องจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระเหนื่อยหน่าย เครียด ทำให้มีความขัดแย้งกันในครอบครัวได้เสมอ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ขาดความเป็นอิสระไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคม เพราะทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่ลำพังนานไม่ได้ ทำให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อยลงไม่สามารถทำหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างสมบูรณ์ (Ip & Mackenzie, 1998)

ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยทั้งการทุ่มเทเวลา การรับภาระค่าใช้จ่ายเป็นเวลาที่ต่อเนื่องและยาวนาน นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ความอดทนในการควบคุมอารมณ์หรือแก้ไขปัญหาจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการกระทำของผู้ป่วย (คันสนีย์ ตรีสาร, 2553) ผู้ดูแลต้องปรับตัวและเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ของตนเองจากเดิมที่เคยดำรงอยู่ เกิดความคลุมเครือในบทบาทและมีความเหน็ดเหนื่อยก่อให้เกิดความเครียดส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ดูแลทำให้สุขภาพกาย สุขภาพจิตของผู้ดูแลเสื่อมลงและมีภาวะสุขภาพเปราะบางนำไปสู่ปัญหาต่าง ๆ (ชนัญดาอุษฎี ทูลศิริ และคณะ, 2554) ทำให้ถูกสังคมกีดกันผู้ป่วยและครอบครัวออกไปจากสังคม เนื่องจากถูกมองว่ามีผู้ป่วยที่เป็นอันตรายและน่ารังเกียจ (ตันติมา ตัวโยธา, 2553) ซึ่งผลกระทบต่อผู้ดูแลดังกล่าวล้วนเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หมายถึง การรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยม ที่อาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจ ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

(WHOQOL Group, 1996 ; สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2551) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม (พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัยและอรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549)

การช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการเพิ่มและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องบางปัจจัยมาเป็นระยะเวลามากกว่า 8 ปี ซึ่งสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ (2554) ได้กล่าวว่า คุณภาพชีวิตของบุคคลทั่วไปมีความเปลี่ยนแปลงไปทุกปีโดยมีแนวโน้มลดต่ำลงในแต่ละปี ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยคัดเลือกตัวแปรมาจากการทบทวนวรรณกรรมและจากบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในสังคมไทย ได้แก่ อายุ (เฟื่องฟ้า สีสวย, 2550) รายได้ (พรชัย พงศ์สงวนสิน และคณะ, 2541) ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย (Hoyert & Seltzer, 1996) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล (พีรพนธ์ ลีอนุญธวัชชัย และอรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2549) ความเข้มแข็งในการมองโลก (Eriksson & Lindstrom, 2007) ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม (Cobb, 1976; Schaefer et al., 1981) เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลให้มีระดับคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นและส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

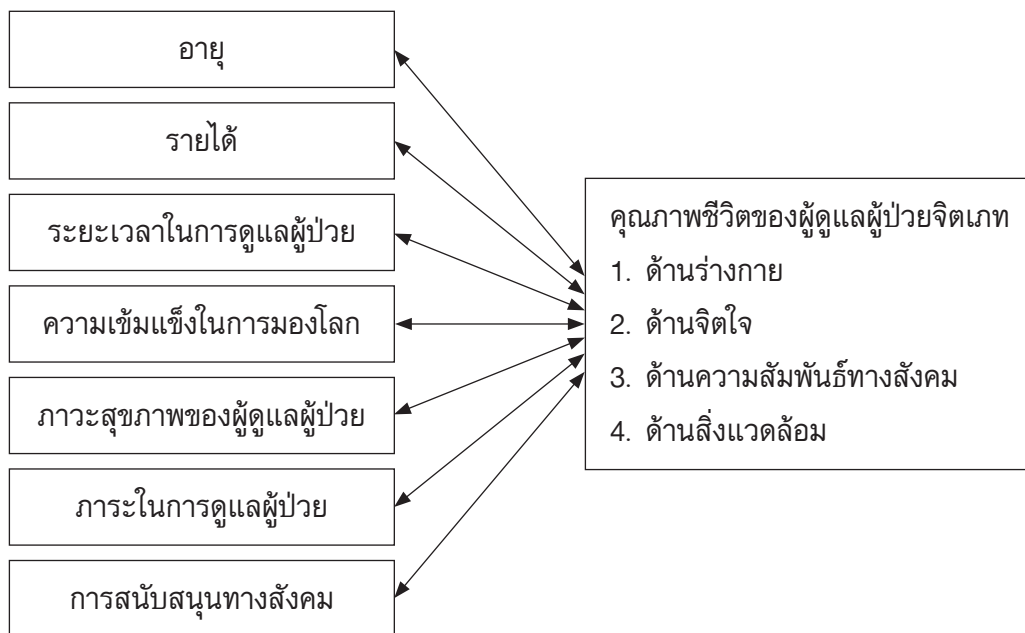
สมมติฐานการวิจัย

1. อายุ รายได้ ระยะเวลาการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน

2. ภาระในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กรอบแนวคิดการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม (WHOQOL group, 1996) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้คัดสรรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ดังนี้ อายุ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามเกณฑ์ของ ICD-10 ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ที่มีคลินิกจิตเวชในเขตภาคกลาง

ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง โดยพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรีและโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี ตามคุณสมบัติดังนี้มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยทางสายเลือดและทางกฎหมาย ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องมาเป็นระยะเวลามากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าจ้าง ค่าตอบแทนหรือสิ่งของใด ๆ จากการดูแล สามารถอ่านออก เขียนได้ พูดหรือฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สามารถสื่อสารกับผู้วิจัยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Thorndike (1978) ได้เท่ากับ 130 คน เพื่อป้องกันการสูญเสียตัวอย่างจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 รวมเป็น 143 คน กำหนดขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภท จากรายงานประจำปี 2555 ดังนี้ โรงพยาบาลนครปฐม 33 คน โรงพยาบาลราชบุรี 65 คน และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราช จังหวัดสุพรรณบุรี 45 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีทั้งหมด 6 ชุดดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบวัดความเข้มแข็งในการมองโลก ตามแนวคิดของ Antonovsky (1993) ซึ่งปรับปรุงโดย กาญจนา ขาวนอก (2547) 3) แบบวัดภาวะสุขภาพ ผู้วิจัยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ The Short-Form-36-Health Survey (SF-36) แปลเป็นไทยโดย วชิรี เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม (2005) ปรับปรุงโดยพีรพันธ์ ลีอนุญธวัชชัยและอรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย (2549) 4) แบบวัดภาวะในการดูแล ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) แปลเป็นไทยและเรียบเรียงโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ปรับปรุงโดยบุบผา ธนิกกุล (2554) 5) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวความคิดของ Cobb (1976) และ Schaefer et al. (1981) พัฒนาโดยบุญพา ณ นคร (2538) และนำมาปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยแก้วตา มีศรี (2554) 6) แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF) ของกรมสุขภาพจิต (2545) เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นนำแบบวัดความเข้มแข็ง ในการมองโลก แบบวัดภาวะสุขภาพ แบบวัดภาวะในการดูแล แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดคุณภาพชีวิตไปทดสอบกับผู้ดูแลที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82, .83, .83, .83 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของตัวอย่าง ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัยและได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของทั้ง 3 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลราชบุรีในวันที่ 20 กันยายน 2556 โรงพยาบาลนครปฐมในวันที่ 6 พฤศจิกายน 2556 และโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมหาราชในวันที่ 22 ตุลาคม 2556 ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และสิทธิของตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม

ในงานวิจัยโดยไม่มีผลต่อการรักษา การปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลเป็นความลับ และให้ผู้ดูแลที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยวิธีการสัมภาษณ์และให้ตอบแบบสอบถามที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดจนครบ 143 คน ตามสัดส่วนของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละโรงพยาบาล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2556 ถึงวันที่ 10 พฤศจิกายน 2556 รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและไคสแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 55.9) มีอายุอยู่ในช่วง 36-60 ปี (ร้อยละ 66.4) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 63.6) ระดับการศึกษาจบชั้นประถม (ร้อยละ 51.0) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 35.0) มีรายได้ระหว่าง 5,001- 10,000 บาท (ร้อยละ 38.5) ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลา 6-10 ปี (ร้อยละ 35.0) และผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เป็นมารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 21.0)

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 82.87$, S.D. = 8.03) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n= 143 คน)

ระดับคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลผู้ป่วย	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ	$\bar{X}$	S.D.
ระดับต่ำ	26-60	1	0.7	53.00	-
ระดับปานกลาง	61-95	98	68.5	82.867	8.029
ระดับสูง	96-130	44	30.8	105.020	7.834
รวม		143	100	89.475	13.305

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต คือ ความเข้มแข็งในการมองโลก ($r = .583$, $p < .05$) ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ($r = .564$, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = .605$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตได้แก่ อายุ ($r = -.216$, $p < .05$) และภาระในการดูแลผู้ป่วย ($r = -.629$, $p < .05$) ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล คือ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ($r = -.115$, $p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาระในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-.216**	ต่ำ
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	-.115	-
ความเข้มแข็งในการมองโลก	.583**	ปานกลาง
ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย	.564**	ปานกลาง
ภาระในการดูแลผู้ป่วย	-.629**	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	.605**	ปานกลาง

4. รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ระหว่างรายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยคัดสรร	ค่าความสัมพันธ์ (X^2)	P-value
รายได้ของผู้ดูแล	10.056*	0.005

อภิปรายผลการวิจัย

1. จากการศึกษาพบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.5) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ยาสวรรณ (2545) ที่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง และจากการพิจารณารายด้านได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน แสดงให้เห็นว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ทำให้สมดุลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลง ผู้ดูแลมีความรัก ความผูกพัน และมีความคุ้นเคยกับผู้ป่วย ทำให้มีความอดทนและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลจึงสามารถปรับตัวให้เข้ากับบทบาทการเป็นผู้ดูแลได้

2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ ($r = -.216$, $p < .05$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า อายุ มีความเกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีอายุมากขึ้นจะมีคุณภาพชีวิตที่แย่กว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนกลางซึ่งคนในวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางเสื่อมถอย อาจมีการปรับตัวไม่ดี เกิดความเครียดในการดูแล ทำให้การดำเนินชีวิตในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจึงส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง

รายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($\chi^2 = 10.056$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานอธิบายได้ว่า การที่มีคนในครอบครัวเจ็บป่วยทำให้ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมที่ลดลงทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วย ค่ารักษาพยาบาลที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง ครอบครัวใดมีรายได้ค่อนข้างต่ำก็จะทำให้เกิดความยากลำบากยิ่งขึ้น

ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.115$, $p > .05$) ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี และระยะเวลาดูแลเฉลี่ย 10.02 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลายาวนานพอ ที่จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะ ความชำนาญ แต่ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานก็อาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้และมีความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลงได้ จึงทำให้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ความเข้มแข็งในการมองโลก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ($r = .583$, $p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มี

ความเข้มแข็งในการมองโลกสูง จะทำให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดี กล่าวคือสามารถที่จะรับรู้และประเมินสถานการณ์การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวว่าเป็นสิ่งเร้าที่สามารถเข้าใจได้ สามารถจัดการแก้ไขให้สำเร็จลุล่วงไปได้ และมีคุณค่าเพียงพอที่จะเข้าไปจัดการแก้ไขมากกว่าผู้ดูแลที่มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ

ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระดับปานกลาง ($r = .564, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี มีแนวโน้มที่จะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะต้องใช้เวลาเกือบตลอดทั้งวันในการดูแลจึงอาจมีผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ หากผู้ดูแลมีสุขภาพที่ดีจะสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างเพียงพอ อีกทั้งยังทำให้ไม่มีความรู้สึกเครียดกับภาระที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพ

ภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ($r = -.629, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิมของผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามเพิ่มมากขึ้น ต้องใช้เวลาในการปฏิบัติกิจกรรมที่มากขึ้นและในขณะเดียวกันก็ทำให้รู้สึกถึงความยากลำบาก ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระก่อให้เกิดความเครียดและมีเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองลดลง

การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ($r = .605, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่า หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับกำลังใจจากครอบครัวและคนรอบข้าง ก็จะทำให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสระบายความรู้สึก ได้รับการปลอบใจหรือความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง รวมทั้งมีความสุขด้วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผ่อนคลาย ความเครียดลดลง และการได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดและมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 1) จัดกิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ สนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารและแหล่งประโยชน์ในชุมชน 2) จัดกิจกรรมให้ผู้ดูแลมีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ได้ระบายความรู้สึก เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม ทำให้

ผู้ดูแลมีกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป 3) แนะนำกิจกรรมส่งเสริมรายได้ให้ผู้ดูแล เนื่องจาก รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล และ 4) จัดกิจกรรมส่งเสริมภาวะ สุขภาพของผู้ดูแล เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เพื่อป้องกันการเกิด ปัญหาสุขภาพ และช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่แข็งแรงพร้อมที่จะให้การดูแลผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป 1) ควรมีการวิจัยเชิงทำนายเพื่อศึกษาหาปัจจัยที่สามารถ ทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นได้ และ 2) ควรนำปัจจัยที่ได้ จากการศึกษาค้นคว้าไปพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีระดับ ที่สูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2545). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*.
โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ. 2545. กรุงเทพฯ.
กรมสุขภาพจิต. (2549). *โรคจิตเภทและคู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิต*. เข้าถึงเมื่อ 17 march 2013, จาก <http://www.dmh.moph.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต. (2556). *สถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช ปี 2553-2555*. เข้าถึงเมื่อ 4 october 2013, จาก <http://www.dmh.go.th/report/report1.asp>
- แก้วตา มีศรี. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนัญดาคุณฎี ทูลศิริ, รัชณี สรรเสริญ และ วรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). การพัฒนาแบบวัดภาวะ ในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. *การพยาบาลและการศึกษา*. 4(1), 62-75.
- ตันติมา ดั่งโยธา. (2553). *การศึกษาและพัฒนาความหย่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้บริการ ปรึกษาเป็นรายบุคคล*. ปริญญาานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- บุญพา ณ นคร. (2538). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- บุบผา ธนิกกุล. (2554). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองและการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิระชะรัตน์ และชุติมา ประทีปะจิตติ. (2541). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ: เฉพาะกรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารกรมสุขภาพจิต*, 5(3), 16-23.
- พิรพนธ์ ลีอนุวัชรชัย และอรพรรณ ลีอนุวัชรชัย. (2549). คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมที่สัมพันธ์กันของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *Journal of Medicine Association of Thailand*, 89(3), 9-13.
- เฟื่องฟ้า สีสวย. (2550). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชร เลอमानกุล และ ปารณีย์ มีแต้ม. (2005). การทดสอบคุณสมบัติของแบบสอบถาม SF-36 ภาษาไทยฉบับแปลใหม่. *Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*. 29(1-2), 69-88.
- วันเพ็ญ อึ้งวัฒนศิริกุล. (2550). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- คันสนีย์ ตรีสาร. (2553). ศึกษาระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยจิตเภท. สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริการงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. (2554). รายงานวิจัยคุณภาพชีวิตของคนไทยปี 2554. กรุงเทพฯ. ทิพย์เนตรการพิมพ์.
- เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ. (2545). คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท. การค้นคว้าแบบอิสระ ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8. เข้าถึงเมื่อ เมษายน 17, 2013, จาก <http://www.nesdb.go.th/Default.aspx?tabid=90>
- อรพรรณ ลีอนุวัชรชัย. (2554). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ. บริษัท วี.พี. (1991) จำกัด.
- Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 38(6), 725-733.
- Cobb .S. (1976). Social Support as a Mediator for Life Stress. *Psychomatic Medicine*, 38(5), 300-314.

- Eriksson, M., & Lindstrom, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiol Community Health, 61*, 938-944.
- Hoyert, B. L., & Seltzer, G. I. (1996). Factors related the wellbeing and wife activity of family caregiver. *Family relation, 41*(1), 74-81.
- Ip, G. S. H., & Mackenzie, A. E. (1998). Caring for relative with serious mental illness at home: The experiences of family care in Hong Kong. *Archives of Psychiatric Nursing, 12*(5), 88-294.
- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relations, 34*(4), 19-26.
- Schaefer, C., Colyne, C., & Lazarus, R. S. (1981). The health related functions of social support. *Journal of Behavior Medicine, 4*, 381-406.
- The WHOQOL Group. (1996). *WHOQOL-BREF introduction, administration, scoring and generic version of assessment, field trail version*. Geneva: WHO.