



Manuscript งานวิจัย

เรื่อง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน
ของผู้ดูแล

Factors related to Caregivers' Caring Behaviors for Chronic
Schizophrenic Patients at Home.

สนับสนุนโดย

ทุนวิจัยเงินรายได้มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ประเภททั่วไป

ผู้วิจัย

บุญวดี เพชรรัตน์

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์

เขาวนาค สุวักขณ์

หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทสงขลา

อำเภอเมืองฯ จังหวัดสงขลา

ก.ม.อ.

เลขหมู่	KC514 242 2026 2
Bib Key	228852

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล*

บุญวดี เพชรรัตน์ **คป.(พยาบาลศาสตรศึกษา : การพยาบาลจิตเวชขั้นสูง), กสม. (การแนะแนว)
เยาวานถ สุวณิชช์*** ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์

บทคัดย่อ การวิจัยเชิงบรรยายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากประชากรที่เป็นผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา มีจำนวนทั้งสิ้น 250 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐานและวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression analysis) ในการเลือกตัวแปรอิสระเพื่อศึกษาความสัมพันธ์หรืออธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตาม ผลการวิจัยพบว่า โดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านในระดับปานกลาง กลุ่มพฤติกรรมการดูแลที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การดูแลด้านจิตสังคม และกลุ่มพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือ ด้านจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณาตามกิจกรรมการดูแลพบว่กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การให้ความรักแก่ผู้ป่วยตามสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วย และกิจกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดได้แก่ การดูแลการขับถ่าย ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเพศ สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามคือพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อย่างชัดเจน โดยสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้ร้อยละ 25

ผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่ควรให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านให้สมดุลทั้งกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ และความเฉพาะของผู้ดูแลในสังคมวัฒนธรรมไทยที่ให้ความสำคัญกับการมีความรักความผูกพัน ความห่วงใยเอื้ออาทรต่อผู้ป่วยและมีจิตสำนึกในการดูแล ในครอบครัว ไม่ใช่การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาเท่านั้น

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พฤติกรรมการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแล

* ทุนอุดหนุนการวิจัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ประเภททั่วไป

**รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

***หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยนอก กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลประสาท จังหวัดสงขลา

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

Factors related to Caregivers' Caring Behaviors for Chronic Schizophrenic Patients at Home.*

*Boonvadee Petcharat ** B.Ed (Nursing Education : Advanced Psychiatric Nursing); M.Ed. (Guidance)*

*Yauwanat Suwahuk *** Diploma in Nursing.*

Abstract

The purpose of this descriptive research was to study caregivers' caring behaviors and factors related to caregivers' caring behaviors for chronic schizophrenic patients at home. Two hundred and fifty caregivers of chronic schizophrenic patients were selected by the simple random sampling technique at the Out Patient Department of Songkla Neuro- Psychiatric Hospital, Songkla Province . Data was collected using the Caregivers' Caring Behaviors for Chronic Schizophrenic Patients at Home Questionnaire and analyzed by using basic statistic and stepwise multiple regression. The results showed that the caring behaviors for chronic schizophrenic patients score was in a moderate level. The highest caring behavior score was the psychosocial care and the lowest was the spiritual care. In each caring activity, the highest score was "giving love to patient as he/she was in his/her family social status" and the lowest score was caring patients' elimination. Stepwise multiple regression analysis revealed that twenty- five percents of variance of caring behaviors was accounted for by four factors : knowledge of mental illness and caring, relations with the patient, perceived of the patients' self - care abilities and sex.

The finding can be use to guide caregivers in taking care of schizophrenic patient' s caregivers, health care providers may also concern on chronic schizophrenic patients' at home based on holism care and Thai culture. Good caregivers must have not only to know the illness and caring well but also to provide love and concern to the patients.

Keywords : chronic schizophrenic patient, caring behavior at home, caregiver

* Supported by Prince of Songkla University Income.

** Associate professor, Psychiatric Nursing Department, Faculty of Nursing , Prince of Songkla University

*** Head of Out Patient Department, Songkla Neuro-Psychiatric Hospital

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

ความสำคัญและความเป็นมา

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตประเภทอื่น ๆ จากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวช สถาบันสุขภาพจิตพุทธศักราช 2541 พบว่าประเทศไทย มีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 500,000 คน หรือถึงร้อยละ 1 ของประชากรป่วยเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมักเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง¹ โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน จะต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากผู้ดูแล (caregiver) อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง แต่พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มักกลับป่วยซ้ำ (relapse) ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ทำให้ผู้ดูแลและรัฐบาลต้องสูญเสียบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เป็นภาระหน้าที่ทั้งบุคลากรของรัฐและผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ยังกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีความตึงเครียดได้ง่าย เนื่องจากอาการและอาการแสดงที่ยังคงเหลืออยู่ ผู้ป่วยมักบกพร่องในการดูแลตนเองเกือบทุกเรื่อง รวมทั้งมีความอ่อนไหวทางอารมณ์ จนเป็นที่ลำบากใจและเป็นภาระหนักของผู้ดูแลอีกด้วยพบว่า ภาระของผู้ดูแลสัมพันธ์กับความบกพร่องในการรู้จัก การติดต่อสื่อสารและการดูแลตนเองของผู้ป่วยอย่างชัดเจน²

ในต่างประเทศได้มีการพยายามลดปัญหาการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ โดยจัดให้มีโครงการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย (prelapse) โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกลับป่วยซ้ำแก่ญาติที่เป็นผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในครอบครัว การสังเกตอาการเตือน (warning signs) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการทางจิตรุนแรง และเน้นให้ผู้ป่วยมาตรวจและรับยาจิตตามนัด โดยให้ผู้ป่วยได้รับการศึกษาด้านโรคจิต (antipsychotic drug) ที่ออกฤทธิ์ระยะยาวอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการรักษาอาการทางจิตเวชต้องใช้ระยะเวลาาน โดยความเชื่อว่า ผลของการร่วมมือในการรักษาของญาติผู้ป่วยและผู้ดูแลจะช่วยลดปัญหาการกลับป่วยซ้ำได้ ส่วนในประเทศไทยหน่วยงานของรัฐ เช่นสถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาวิธีการลดอัตราการกำเริบหรือป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เช่นการจัดโครงการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสามารถลดอัตราการกำเริบของโรคได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการ โดยที่ผู้ป่วยไม่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกเลยในช่วง 1 ปีถัดมา ร้อยละ 50 ยังมีจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเหมือนเดิม³ เช่นเดียวกับการศึกษาผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยแบบแผนการดูแลนั้นเป็นกิจกรรมที่ให้แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะได้รับความรู้โดยการสอน แนะนำ สาธิตและสนทนากับพยาบาลและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนดังกล่าวและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ⁴

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

จะเห็นว่ารายงานการวิจัยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน มักมุ่งเน้นเรื่องการให้ความรู้ ให้แนะนำแก่ครอบครัวหรือผู้ป่วย โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้โดยปกติสุข การศึกษาถึงพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลหรือครอบครัวยังมีน้อยมาก และจากการทบทวนเอกสารและจากประสบการณ์การปฏิบัติงานของผู้วิจัยในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนหนึ่งยังถูกทอดทิ้งอยู่ในชุมชน หากผู้ดูแลอย่างจริงจัง หรือกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชน เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นหรือบางครั้งผู้ป่วยเหล่านี้ก็กลายเป็นที่คลกขบขันของผู้พบเห็น รวมทั้งมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งถูกคุมขังไว้ในบ้าน ถูกจำกัดสิทธิความเป็นมนุษย์ เป็นต้น ทั้งนี้อาจมีสาเหตุจากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอย่างมากเช่น ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ ทำให้มีรายจ่ายเพิ่มขึ้นหรือขาดรายได้ ตลอดจนต้องกับการศึกษานำร่องของผู้วิจัยโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 ราย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนหนึ่งให้เหตุผลของการไม่สามารถดูแลสุขภาพผู้ป่วยได้เนื่องจากไม่มีเวลา มีปัญหาทางเศรษฐกิจ มีสภาพครอบครัวไม่เอื้ออำนวย ผู้ป่วยไม่เชื่อฟัง ไม่ต้องการเปิดเผย รู้สึกเป็นทุกข์ที่ต้องดูแล หากความเป็นอิสระ ถูกตัดจากสังคม ปัญหาเหล่านี้อาจนำไปสู่การทอดทิ้งผู้ป่วยในชุมชนก็ได้ ดังนั้นสุขภาพจิตศึกษาหรือการให้ความรู้ อาจไม่สามารถช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างแท้จริง เป็นไปได้ว่า “ปัญหาการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยยังเป็นปัญหาอยู่ในปัจจุบัน เพราะความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตเป็นเรื่องนามธรรม หากที่จะให้เห็นเป็นรูปธรรมที่เข้าใจได้ง่าย และนำไปปฏิบัติได้อย่างง่าย ๆ แม้ว่าประชาชนจะยอมรับว่าสุขภาพจิตจะเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตก็ตาม แต่ส่วนใหญ่จะขาดความรู้ลึกซึ้งที่ที่จะนำมาใช้กับชีวิต เช่นความผูกพันในครอบครัว พ่อแม่ไม่มีเวลาให้กับครอบครัว เป็นต้น”⁶ จึงเห็นได้ว่าแม้ในภาวะสุขภาพปกติ การดูแลสุขภาพจิตยังเป็นเรื่องที่เข้าใจยากอยู่แล้ว ยิ่งในภาวะการเจ็บป่วยทางจิตอย่างเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว ทำให้ญาติผู้ยากลำบากใจ ท้อแท้จากการเผชิญกับเจ็บป่วยทางจิตและการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตเป็นระยะเวลาานาน

จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ดูแล ผลการศึกษาคั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่บุคลากรของรัฐ โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ตามเจตนารมณ์ของกรมสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้านโดยให้ครอบครัวเป็นตัวจักรสำคัญ รวมทั้งกระทรวงมหาดไทยที่จะร่วมกำหนดนโยบาย เพื่อช่วยเหลือประชาชนที่ต้องรับผิชอบดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทซึ่งได้แก่ ผู้ดูแลหรือครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทเองได้สอดคล้องกับข้อเท็จจริง ส่วนพยาบาลหรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลและผู้ป่วย จะมีข้อมูลในการวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้อย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วย ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สามารถลดอัตราการกำเริบของอาการจนเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้อย่างแท้จริง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน
2. ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน

สมมุติฐานของการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพและ เศรษฐฐานะของครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรับรู้แหล่งช่วยเหลือ ระยะเวลาของการดูแล การรับรู้ของผู้ดูแลต่อสภาพอาการของผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแล และการรับรู้ผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ดูแล สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลที่บ้านได้

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษานี้มีเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแล เมื่อผู้ดูแลนั้นนำผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลที่ดูแลรักษาทางจิตเวชแห่งหนึ่งเท่านั้น โดยเป็นข้อมูลที่ได้รับจากการตอบแบบสอบถามและการสัมภาษณ์เป็นหลัก

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนและวิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple random sampling) จากประชากรคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) โดยป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้เข้าใจและเป็นผู้นำผู้ป่วยเข้ามารักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน- ธันวาคม 2544 มีจำนวนประมาณ 500 ราย ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 250 ราย ตามตารางการสุ่มตัวอย่างที่ค่าความเชื่อมั่น 95 % ความคลาดเคลื่อน (E) $\pm 5\%$ ของประชากร 500 ราย มีจำนวนตัวอย่างเท่ากับ 223 ราย* โดยการสุ่มตัวอย่าง 1 ราย จากประชากรทุก 5 ราย

เครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ส่วน ได้แก่ ได้แก่ ข้อมูลประชากรของผู้ดูแลและผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยทางจิต และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ดังนี้

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

1. ข้อมูลประชากรเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ(multiple choice) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับพื้นฐานด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและเศรษฐกิจของครอบครัว

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ได้แก่

2.1 แบบสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย การรับรู้สภาพอาการของผู้ป่วย และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือของผู้ดูแล เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ (multiple choice)

2.2 แบบประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยปรับให้แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) เป็นแบบเลือกตอบ 5 คำเลือก มีจำนวน 12 ข้อ กำหนดคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและให้ความหมายดังนี้ ค่าเฉลี่ย 0 - 1.49 หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ค่าเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึงผู้ป่วยที่อยู่ตามลำพัง ไม่สนใจใครและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ค่าเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึงผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง ค่าเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึงผู้ป่วยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ และ ค่าเฉลี่ย 4.50 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ป่วยเลี้ยงตัวเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้ มีค่าความเที่ยงของแบบประเมินเท่ากับ 0.93

2.3 แบบประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา มีจำนวน 22 ข้อ สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร การศึกษานำร่องและประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนของผู้วิจัย เป็นแบบประเมินค่า 2 ระดับคือ ใช่ และไม่ใช่ วิเคราะห์ค่าร้อยละรายบุคคลและโดยรวมเป็น 5 ระดับดังนี้ คะแนนร้อยละ 75 ขึ้นไปหมายความว่า มีความรู้ความเข้าใจระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 50 - 74 หมายความว่า มีความรู้ความเข้าใจ ระดับ ดี คะแนนร้อยละ 25 - 49 หมายความว่ามีความรู้ความเข้าใจ ระดับ น้อย คะแนนร้อยละ 1 - 24 หมายความว่ามีความรู้ความเข้าใจระดับ น้อยที่สุด และคะแนน 0 หมายความว่าไม่ มีความรู้ความเข้าใจ แบบประเมินมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.78

2.4 แบบประเมินการรับรู้ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วย ต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ของผู้ดูแล จำนวน 11 ข้อ สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร การศึกษานำร่องและประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนของผู้วิจัยเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับโดยมีคำถามปลายเปิดในตอนท้ายของแบบประเมิน เพื่อเก็บข้อมูลคุณภาพเพิ่มเติม กำหนดคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและให้ความหมายดังนี้ ค่าเฉลี่ย 2.32 - 3.00 หมายความว่าผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลระดับมาก ค่าเฉลี่ย 1.63 - 2.31 หมายความว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0.01 - 1.62 หมายความว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลระดับ น้อย และ ค่าเฉลี่ย 0 หมายความว่า ผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบจากการดูแลนั้น ๆ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

2.5 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล มีจำนวน 49 ข้อสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การศึกษานำร่องและประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชน

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

ของผู้วิจัย จำแนกพฤติกรรมการดูแลเป็น 3 กลุ่มได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ ลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ กำหนดคะแนนเฉลี่ยโดยรวมและให้ความหมายดังนี้ ค่าเฉลี่ย 2.32 - 3.00 หมายความว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลระดับ มาก ค่าเฉลี่ย 1.63 - 2.31 หมายความว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 0.01 - 1.62 หมายความว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลระดับ น้อยและ ค่าเฉลี่ย 0 หมายความว่า ผู้ดูแลไม่มีพฤติกรรมการนั้น ๆ แบบประเมินมีค่าความเที่ยงโดยรวมเท่ากับ 0.92 จำแนกค่าความเที่ยงรายด้านคือ การดูแลด้านสุขภาพร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคมและการดูแลด้านจิตวิญญาณมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 , 0.94 และ 0.88 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางการ ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล
2. การเก็บข้อมูล โดยทีมผู้วิจัยร่วมประชุมทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลและข้อตกลงเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลวิจัย เพื่อให้เข้าใจตรงกัน แล้วมอบหมายให้ทีมผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้
 - 1) ขอความร่วมมือจากพยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกในการคัดกรองผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมารับการรักษา ตามคุณสมบัติที่กำหนด
 - 2) รักษาสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุญาต และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล อธิบายทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัยและวิธีการตอบแบบสอบถามหรือให้ข้อมูลคุณภาพ เมื่อผู้ดูแลอนุญาตจึงทำการเก็บข้อมูล
 - 3) กรณีที่ผู้ดูแลสามารถอ่านหนังสือได้เข้าใจด้วยตัวเอง ผู้ดูแลจะตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง กรณีที่ผู้ดูแลไม่สามารถอ่านหนังสือได้ ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS for Window สถิติที่ใช้คือ สถิติพื้นฐานได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนที่เบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการวิเคราะห์พหุคูณแบบลดถอยแบบขั้นตอน(Stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.80 มีอายุเฉลี่ย 48.23 ± 11.93 ปี น้อยที่สุด 20 ปี และอายุมากที่สุด 76 ปี มีอายุอยู่ระหว่าง 56 ปีขึ้นไปร้อยละ 35.6 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นพ่อหรือแม่ คิดเป็นร้อยละ 53.60 ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่าร้อยละ 69.60 นับถือศาสนาพุทธร้อยละ 70.40 ร้อยละ 78.8 ประกอบอาชีพที่มีรายได้ประจำ รับรู้เศรษฐฐานะของครอบครัวอยู่ในระดับพอมีพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 83.2 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 34.40 โดยเฉลี่ยได้ดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 7.80 ± 4.90 ปี น้อยที่สุด 3 ปี มากที่สุด 30 ปี ร้อยละ 52.80 ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

ส่วนใหญ่(ร้อยละ 75.60) สามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลืออื่นๆได้ ร้อยละ 93.77 จะขอความช่วยเหลือจากบุคคลในเครือญาติ ลักษณะการช่วยเหลือที่ได้รับคือ ช่วยดูแลผู้ป่วยแทนกรณีกลุ่มตัวอย่างมีกิจธุระไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ร้อยละ 66.00 รองลงมาคือ เป็นกำลังใจ เช่น ไล่ถามทุกข์สุข มาเยี่ยมเยียน อยู่เป็นเพื่อน หรือช่วยนำส่งโรงพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 62.40 โดยมีเพียงร้อยละ 2.59 เท่านั้นที่ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยใกล้บ้าน ร้อยละ 71.60 รับรู้สภาพอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านว่า มีอาการทั่วไปค่อนข้างดี และรับรู้ที่ ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง ($\bar{x} = 2.99, SD = 0.92$) เกี่ยวกับความเชื่อเรื่องสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนใหญ่เชื่อว่าเกิดจากความไม่สบายใจอย่างมากของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 54.40 เกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่า ส่วนใหญ่(ร้อยละ 52.80) เคยได้รับความรู้เรื่องเหล่านี้มาแล้ว โดยร้อยละ 40.40 ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่พยาบาล จิตแพทย์และรับรู้ที่ความรู้ดังกล่าวสามารถนำมาปฏิบัติได้ร้อยละ 51.60 โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.16 พอใจผลการปฏิบัติของตนในระดับมาก และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่(ร้อยละ 52.40) มีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังระดับดี พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของคนในระดับน้อย($\bar{x} = 1.07, SD = 0.76$) โดยเหตุการณ์ที่เป็นผลกระทบมากที่สุดคือ รู้สึกเป็นทุกข์ใจอยู่ตลอดเวลาเพราะไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร จึงไม่กล้าให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง ซึ่งเป็นผลกระทบระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.99, SD = 1.00$)

เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ผลการวิจัยพบว่าโดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.98, SD = 0.39$) โดยกลุ่มพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การดูแลด้านจิตสังคมซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับมาก($\bar{x} = 2.33, SD = 0.50$) ส่วนพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุดและเป็นการปฏิบัติระดับน้อยได้แก่ การดูแลด้านจิตวิญญาณ($\bar{x} = 1.54, SD = 0.99$) (ตาราง 1) โดยลักษณะกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การให้ความรักแก่ผู้ป่วยตามสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วย ($\bar{x} = 2.91, SD = 0.32$)รองลงมาคือ สอบถามพูดคุยถึงทุกข์สุขของผู้ป่วยเป็นประจำ($\bar{x} = 2.78, SD = 0.46$) และกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติน้อยที่สุดคือการดูแลเรื่องขับถ่ายปัสสาวะ($\bar{x} = 0.28, SD = 0.78$) รองลงมาคือดูแลเรื่องการขับถ่าย อุจจาระ ($\bar{x} = 0.30, SD = 0.76$) และให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาการขับถ่าย ($\bar{x} = 0.30, SD = 0.67$) (ตาราง 2) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการเลือกตัวแปรอิสระหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .00$) โดยการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้ร้อยละ 10 เมื่อเพิ่มตัวแปร ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

ผู้ป่วย และตัวแปรเพศ เข้าไปตามลำดับ สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 11 ร้อยละ 2 และร้อยละ 2 และปัจจัยดังกล่าวสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้ร้อยละ 25 (ตาราง 3) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านน้อย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวน้อย กลับมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านมาก กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยการเป็น พ่อ/แม่หรือสามี/ภรรยา มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างไม่เป็นพ่อ/แม่หรือสามี/ภรรยาจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยน้อย กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมาก จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก แต่กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลมาก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลน้อย

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลรายด้าน

n = 250		
พฤติกรรมการดูแลรายด้าน	\bar{x}	SD
1. พฤติกรรมการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย	2.14	0.55
2. พฤติกรรมการดูแลด้านจิตสังคม	2.72	0.48
3. พฤติกรรมการดูแลด้านจิตวิญญาณ	1.80	0.53
รวม	2.47	0.55

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านตามกิจกรรม

n = 250		
ลักษณะกิจกรรมการดูแล	\bar{x}	SD
1. ดูแลเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย	0.90	1.21
2. ดูแลเรื่องการแต่งกาย	1.05	1.18
3. ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม	1.44	1.28
4. ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ให้อาหาร พาไปหาแพทย์	2.76	0.60
5. ติดตามดูแลเรื่องความเป็นอยู่ทั่วไป	2.30	0.98
6. ดูแลการรักษาต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน	2.59	0.80
7. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อการช่วยเหลือทันทั้งที่	2.68	0.62
8. ดูแลการกินอาหาร ให้ครบทุกมื้อ	2.40	0.95

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

(ต่อ)

ลักษณะกิจกรรมการดูแล	\bar{x}	SD
9. ให้ผู้ป่วยกินอาหารเช่นเดียวกับคนในบ้าน	2.66	0.78
10. ดูแลให้ดื่มน้ำสะอาดทุกครั้งอย่างเพียงพอ	1.46	1.29
11. สังเกตความเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหาร	1.69	1.09
12. จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบเมื่อมีโอกาส	1.87	0.98
13. ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระเป็นประจำ	0.30	0.76
14. สอบถามปัญหาการขับถ่าย ฯ	0.41	0.78
15. ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะว่าเป็นปกติหรือไม่	0.28	0.73
16. เมื่อมีปัญหาการขับถ่ายของจะให้การช่วยเหลือ ฯ	0.30	0.67
17. ดูแลให้ผู้ป่วยช่วยงานบ้านบ้าง	1.90	1.21
18. กระตุ้นให้ออกกำลังกายเป็นประจำ	1.03	1.12
19. สังเกตปัญหาการหลับนอน ฯ	2.47	0.90
20. หากนอนไม่หลับ นอนมาก ไม่นอนจะนำพบแพทย์ทันที	2.31	0.91
21. สอบถามปัญหาการนอน ฯ	2.28	0.87
22. ดูแลเรื่องที่หลับที่นอนให้	1.12	1.22
23. ให้โอกาสไปเที่ยวนอกบ้านกับครอบครัว ฯ	1.48	1.15
24. หากมีกิจกรรมประจำวันไม่เหมาะสมจะรีบปรึกษาแพทย์	1.60	1.08
25. สังเกตอาการแปลก ๆ ใดตั้งแต่เริ่มมีอาการ	2.75	0.56
26. ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยคนเดียวหากพบมีอาการแปลก ๆ	2.08	1.07
27. ไม่ได้แย้งถกเถียงกับผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมแปลก ๆ	2.36	0.84
28. สร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าโดยให้กำลังใจ ฯ	2.40	0.97
29. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ในบ้าน	2.66	0.73
30. สอบถามความรู้สึกความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ	2.34	0.95
31. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยคำนึงถึงการกระทบกระเทือนใจ	2.64	0.66
32. ให้โอกาสในการทำงานในบ้าน	2.24	1.11
33. ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจบ้าง	2.12	1.07
34. สร้างงานสร้างอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วย ฯ	1.34	1.35
35. เป็นที่ปรึกษาผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง	2.68	0.66
36. เป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีโดยลดการทะเลาะเบาะแว้ง ฯ	2.15	0.91

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

(ต่อ)

ลักษณะกิจกรรมการดูแล	\bar{x}	SD
37. สื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย	2.70	0.60
38. เคารพบทบาททางสังคมของผู้ป่วย	2.73	0.60
39. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนทั่วไปปฏิบัติต่อกัน	2.10	0.95
40. ให้ความรักแก่ผู้ป่วยตามสถานภาพทางสังคม	2.91	0.32
41. สอบถามพูดคุยถึงทุกข์สุขของผู้ป่วยเป็นประจำ	2.78	0.46
42. ร่วมคิดแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย	2.30	0.89
43. สังเกตสีหน้าท่าทางที่แสดงถึงความไม่สบายใจ	2.71	0.57
44. สอดส่องดูแลการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย	2.68	0.78
45. รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าอย่างตั้งใจ	2.41	0.76
46. กระตุ้นให้มีกิจกรรมการผ่อนคลายเป็นประจำ	1.78	1.04
47. จัดหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจให้	1.37	1.15
48. ปฏิบัติกิจทางศาสนาร่วมกับผู้ป่วย	1.36	1.16
49. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพบปะเพื่อนฝูงในชุมชน	1.90	1.16
รวม	2.47	0.55

ตาราง 3 การวิเคราะห์หาคอลอซพหุคูณในการเลือกตัวแปรอิสระที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

ลำดับของตัวแปร	B	Beta	R	R ²	R ² change	F	p-value
1. ความรู้ความเข้าใจ	-23.86	-.32	.32	.10	.10	28.06	.00
2. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	27.04	.33	.46	.21	.11	32.62	.00
3. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย	00.56	.16	.48	.23	.02	24.74	.00
4.เพศ	-08.79	-.11	.50	.25	.02	19.78	.00

p < .05

เพศ: เพศหญิง = 0 เพศชาย = 1

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย: ไม่ใช่พ่อ/แม่หรือสามี/ภรรยา = 0 พ่อ/แม่และสามี/ภรรยา = 1

ความรู้ความเข้าใจเรื่องการรักษาผู้ป่วยน้อย = 0 ความรู้ความเข้าใจเรื่องการรักษา มาก = 1

อภิปรายผลการวิจัย จากผลการวิจัยพบว่าโดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 1.98, SD = 0.39$) โดยเป็นพฤติกรรมการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมากที่สุดและ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

เป็นการปฏิบัติในระดับมาก ($\bar{x} = 2.33, SD = 0.50$) อธิบายได้ว่า การให้ความสำคัญของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนั้น อาจมีสาเหตุจากความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.40) ที่เชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมีสาเหตุจาก ความไม่สบายใจอย่างมาก จึงให้การดูแลผู้ป่วยในด้านที่ตนเองมีความเชื่อ สอดคล้องกับแนวคิดหลักของทฤษฎีการรู้การเข้าใจ (cognitive theories) ที่ว่า ตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ที่สำคัญ ได้แก่ ความเชื่อ ความหวัง และความคาดหวังว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคต⁹ เช่นเดียวกับกาแลนต์ (Galanti)¹⁰ ที่อธิบายว่า การเข้าใจกับพฤติกรรมใด ๆ ที่สำคัญต้องให้ความสำคัญกับความสนใจความเชื่อและมุมมองต่อเรื่องนั้นๆ ของบุคคลเสมอ ส่วนพฤติกรรมการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุดคือ การดูแลในด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับปานกลางเช่นกัน ($\bar{x} = 1.80, SD = 0.53$) อาจเนื่องจากความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าวแล้วข้างต้น ทำให้ผู้ดูแลยังมีความหวังในการบำบัดรักษาทางการแพทย์รวมทั้งประสิทธิภาพของกลุ่มตัวอย่างที่นำผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาทุกครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นและกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ทุกครั้ง ทำให้มีความหวังกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ ที่ไม่เห็นผลการรักษาที่อย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งการเสาะแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจหรือที่พึ่งทางจิตวิญญาณของบุคคล มักกระทำเมื่อบุคคลรู้สึกหมดหนทางแก้ปัญหา รวมทั้งประสิทธิภาพการรับการรักษาและการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย จากเหตุผลดังกล่าวอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยน้อยลงก็ได้ สอดคล้องกับคำพูดของผู้ดูแลส่วนหนึ่งกล่าวว่า “ผู้ป่วยดีเพราะกินยาตลอด แต่ถ้าขาดยาแล้วไม่ได้เลย ต้องคอยช่วยเหลือกันเรื่องให้กินยาให้หมด รักษาจนหายแล้วพระ หมอผีหมอบ้าน ก็ไม่หาย ไม่ดีขึ้น” “ไม่เคยทำ ไม่เคยได้ยินหมอ พยายามพูดถึงเหมือนกันว่าเรื่องนี้จะจำเป็นกับผู้ป่วยอย่างไร ผมเองก็คิดว่า แก่ (ผู้ป่วย) จะไปทำอะไรยากกว่างานในวัดในวาเขามากกว่า ก็เลยไม่คิดจะพาไปไหน” เมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลตามกิจกรรมย่อย พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติมากที่สุดเป็นอันดับแรกคือ การให้ความรักแก่ผู้ป่วยตามสถานภาพทางสังคม ($\bar{x} = 2.91, SD = 0.32$) รองลงมาคือ การสอบถามพูดคุยถึงทุกข์สุขของผู้ป่วยเป็นประจำ ($\bar{x} = 2.78, SD = 0.46$) ซึ่งอธิบายได้ว่า การปฏิบัติดังกล่าวอาจมีอิทธิพลจากวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ยังให้ความสำคัญกับสมาชิกในครอบครัว ความบทบาทหน้าที่ และสายสัมพันธ์ของพ่อแม่ บุตรและเครือญาติที่ยังมีเหลืออยู่ โดยเฉพาะในชนบทของประเทศไทย ที่ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งที่ให้การดูแล แบ่งปันความรักความอบอุ่นและเป็นที่พักพิงทางใจของสมาชิกยามประสบปัญหา¹¹ แม้ว่าปัจจุบันสังคมไทยจะเปลี่ยนแปลงไปบ้างก็ตาม เห็นได้ว่า แม้ผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดหรือรู้สึกถูกคามต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป โดยพยายามพัฒนาทักษะ ความรู้ความเข้าใจและมีสัมพันธภาพที่ดี เนื่องจากความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว¹² สอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพ่อหรือแม่ของผู้ป่วยถึง ร้อยละ 53.60 และส่วนใหญ่รับรู้ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันคือ ความรู้สึกทุกข์ใจอยู่ตลอดเวลา เพราะไม่แน่ใจว่าอาการของผู้ป่วยจะเกิดขึ้นอีกเมื่อไร ทำให้ไม่กล้าให้ผู้ป่วยอยู่บ้านโดยลำพัง จากผลการวิจัยดังกล่าว

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

ทำให้เห็นว่า แม้จะรู้สึกเป็นทุกข์ แต่ก็ยังมีความห่วงใยเอื้ออาทร ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย อย่างไรก็ตามอาจอธิบายในด้านการขับเคลื่อนได้ว่า ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังว่า เป็นภาวะฉุกเฉินและรู้สึกเครียดอย่างมาก¹³ โดยความเครียดในระดับสูงของผู้ดูแล มักส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัวในด้านลบด้วย¹⁴ ซึ่ง ไฮด์ (Hyde)¹⁵ ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลพบว่า สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากต้องเผชิญกับภาวะถูกคุกคาม ข่มขู่และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเป็นประจำ ทำให้มีความรู้สึกเครียดอย่างมากและเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางอารมณ์ มีผลต่อความไม่พึงพอใจกับการไร้ความสามารถของผู้ป่วยได้ และพฤติกรรมที่ครอบครัวแสดงออกคือการเบี่ยงเบนผู้ป่วยไปสักกระยะหนึ่ง การเอาใจใส่และช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยลง¹⁶ ส่วนกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติน้อยที่สุดได้แก่เรื่องการจับถ่ายคือ การดูแลเรื่องการจับถ่ายปัสสาวะ ($\bar{x} = 0.28, SD = 0.78$) การจับถ่ายอุจจาระ ($\bar{x} = 0.30, SD = 0.76$) และดูแลปัญหาการจับถ่าย ($\bar{x} = 0.30, SD = 0.67$) เป็นไปได้ว่า ปัญหาสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังไม่ใช่ปัญหาทางจิตอารมณ์ที่สามารถกระตุ้นอารมณ์ ความรู้สึกไม่ปลอดภัยเหมือนอาการทางจิตที่มักติดท้อแท้ เมื่อหน้าในการดูแล ทัศนคติความรู้สึกลดลงของผู้เกี่ยวข้องได้มากกว่า¹³ และบุคคลทั่วไปมักคิดว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ทำเองได้ รวมทั้งปัญหาการจับถ่ายเป็นเรื่องที่สังเกตยาก มีปัญหาจึงต้องบอก คนส่วนใหญ่มักถือเป็นเรื่องส่วนตัว ประกอบกับผู้ดูแลไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของยาต้านโรคจิต (anti-psychotic drug) ส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการจับถ่ายได้ จึงทำให้ละเลยการดูแลหรือให้การดูแลในด้านนี้น้อยกว่าเรื่องอื่น ๆ จากข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์ ผู้ดูแลจำนวนหนึ่งให้ข้อมูลว่า สาเหตุที่ไม่ปฏิบัติในเรื่องเหล่านี้ เพราะ “คนไข้ไม่เคยบอกใคร ไม่เห็นว่าเขาจะมีปัญหา...ก็เห็นเขาอยู่ดี” “ไม่มีใครเคยบอกผมเลยว่า กินยาที่หมอให้แล้วจะทำให้ถ่ายยาก ผมก็ไม่สนใจเห็นเขาไม่มีอะไร”

จากผลการวิเคราะห์พหุคูณแบบขั้นคตอน (stepwise multiple regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างได้ ได้แก่ การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเพศของผู้ดูแล โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตและการดูแลผู้ป่วยมาก มีพฤติกรรมการดูแลน้อย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวน้อย กลับมีพฤติกรรมการดูแลมาก (ตาราง 3) อาจอธิบายได้ว่าการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการดูแลผู้ป่วย มิได้เป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยเสมอไป เนื่องจากอาจยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติให้การดูแลผู้ป่วยตามที่ตนเองมีความรู้ความเข้าใจได้ เช่น การมีอาชีพที่ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจที่ให้เวลากับผู้ป่วยไม่ได้หรือทำได้ไม่เต็มที่ หรือการขาดจิตสำนึกเนื่องจากเคยชินกับการเจ็บป่วยเรื้อรังก็ได้ ซึ่งพิลซ์ (Pillz)¹⁷ ได้อธิบายเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพพอสรุปได้ว่า

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเกิดจากการมีจิตสำนึกที่จะรับผิดชอบ โดยจะต้องมีความรู้ความตั้งใจ มีความสนใจ ความร่วมมือ และมีวินัยในการปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติขณะอยู่ที่บ้านที่พบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วยโดยการลองผิดลองถูกซึ่งมีสาเหตุจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง¹⁸ อย่างไรก็ตามจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวน้อย แต่ก็สามารถให้การดูแลได้ อาจเป็นเพราะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 3 ปี การลองผิดลองถูกในการดูแล เป็นการเรียนรู้โดยธรรมชาติทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้วิถีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยของตนเองได้ในที่สุด โดยไม่สามารถอธิบายในเชิงความรู้ได้ชัดเจน เนื่องจากการแสวงหาทางรักษามาเป็นระยะเวลาานาน ลักษณะที่พบคือ การตื่นตัวเสมอ พยายามใกล้ชิดกับผู้ป่วย หากไม่สามารถดูแลด้วยตนเองได้ ก็จะพยายามขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น¹⁹ อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ขัดแย้งกับรายงานการวิจัยในเรื่องที่คล้ายคลึงกันหลาย ๆ เรื่องเช่น ผลการวิจัยการป้องกันการป่วยซ้ำ (prelapse) โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสามารถลดอัตราค่าเจ็บได้ถึงร้อยละ 50³ ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพ่อ/แม่สามี/ภรรยา จะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช่พ่อ/แม่สามี/ภรรมามีพฤติกรรมการดูแลน้อย อาจเนื่องจากสามี/ภรรยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นระบบพื้นฐานด้านการช่วยเหลือทางสังคมของผู้ป่วย โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่และคู่สมรสทุกรายตระหนักว่า ตนเองมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและต้องแสดงถึงการร่วมมือในการบำบัดรักษา²⁰ รวมทั้งอาจอธิบายได้ว่า ลักษณะสังคมและวัฒนธรรมไทยโดยเฉพาะในชนบทยังคงให้ความสำคัญกับคู่สามีภรรยาที่ต้องร่วมทุกข์ร่วมสุขช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน “ฝากผีฝากไข้” หากคู่สามีภรรยาทอดทิ้งซึ่งกันและกัน ในยามที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งต้องเผชิญกับความทุกข์ยาก โดยเฉพาะจากการเจ็บป่วยย่อมเป็นที่ครหาของสังคม เช่นเดียวกับพ่อ/แม่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการดูแลมาก เนื่องจากสายใยสัมพันธ์ทางสายเลือดและมีบทบาทรับผิดชอบในการดูแลทุกข์สุขของครอบครัว ทั้งยามปกติและยามป่วยไข้ สอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งที่เป็นพ่อ/แม่ ภรรยาของผู้ป่วย ดังนี้ “พ่อยอมให้ตัวเองตายเสียก็ได้ถ้าจะช่วยให้ลูกหายจากโรคนี้อี้ได้ สงสารมัน” “สงสารถูก ลูกไม่มีใครอีกแล้ว ถ้าแม่ตายไปจะอยู่กับใคร ใครจะดูแล นี่แหละเป็นความทุกข์ของชายที่สุด(ร้องไห้)” “ฉันทำงานไม่ได้เต็มที่ต้องคอยห่วงคนไข้ พระวิภะวนอยู่ทุกเวลา พวกมันมาแล้วก็ต้องพากันให้ตลอด” ปัจจัยด้านการรับรู้ของผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมาก มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก แต่กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่าคุณป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย กลับมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยน้อย เป็นไปได้ว่า หากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองเป็นอย่างดี ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและให้การดูแลในเรื่องต่าง ๆ ได้มากกว่า ในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือดูแลตนเองได้น้อย ย่อมเป็นภาระให้กับผู้ดูแลในทุกเรื่อง แต่เนื่องจากอาการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรัง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

มักพบความวิตกกังวลและชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเป็นระยะเวลาานาน ผู้ดูแลประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังว่า เป็นภาวะถูกคุกคามและรู้สึกเครียดอย่างมาก¹³ ซึ่ง ไฮด์ (Hyde)¹⁵ ได้ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากต้องเผชิญกับภาวะถูกคุกคาม มีความรู้สึกเครียดอย่างมากและเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางอารมณ์ มีผลต่อความไม่พึงพอใจกับการไร้ความสามารถของผู้ป่วยได้ และจะรู้สึกเบื่อหน่ายผู้ป่วยไปสักระยะหนึ่ง การเอาใจใส่และช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยลง รู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่ายในการดูแล¹⁶ ส่วนปัจจัยด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยน้อย อธิบายได้ว่า ผู้ที่รับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมักมีบทบาทเป็นแม่ของผู้ป่วยด้วย²¹ อาจเนื่องจาก ลักษณะสังคมวัฒนธรรมไทยที่ผู้หญิงมีบทบาทในครอบครัวโดยเป็นแม่บ้านเป็นผู้ดูแลบุตรและผู้คนบริวารในบ้าน^{19, 22} อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมดูแลได้น้อย(ร้อยละ 25) อธิบายได้ว่าน่าจะปัจจัยอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาด้วยเช่น ความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่าตัวแปรอิสระหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้แหล่งช่วยเหลือ การรับรู้สภาพอาการของผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ดูแลไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้อย่างชัดเจน($P < .05$) อธิบายได้ว่า เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ มากมาย เป็นเรื่องนามธรรม ยากต่อการเข้าใจหรืออธิบายได้ชัดเจน มีความเป็นเฉพาะรายสูง²³ รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องการการดูแลที่ต่อเนื่อง ยาวนาน การหายจากการเจ็บป่วยก็ไม่สมบูรณ์ มักทิ้งร่องรอยของความเจ็บป่วยไว้ มีสติการกลับเป็นซ้ำสูง และที่สำคัญอาการเจ็บป่วยทางจิต มักทำให้ผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญกับความวิตกกังวล ถูกข่มขู่ และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเป็นประจำ¹⁵ ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัย เสียขวัญบ่อยครั้ง เป็นที่ยับยั้งต่อสาธารณชน ทำให้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งต้องกักขัง ปกปิดผู้ป่วยไว้ในบ้าน²⁴ หรือขาดอิสระภาพในการดำรงชีวิตเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ดังเช่นผู้ดูแลส่วนหนึ่งกล่าวถึงความตึงเครียดในการดูแลผู้ป่วยว่า “ต้องตามใจ ซัดใจไม่ได้เลย คนในบ้านจะพูดอะไรก็ต้องระวังกัน เวลาเขาโกรธเขาไม่อยู่เลย นาน ๆ เข้าก็เหลือแต่ฉันนี่แหละที่ต้องเป็นธุระ คนอื่นเขาขอกให้แม่แถม(ดูแล) เป็นแม่เนาะต้องทำทั้งไม่ได้จนคายนางข้างหนึ่งแล้วแต่แ้วแต่กรรม” “ใครไม่เป็นญาติ ไม่รู้สึกหรอกว่า ทุกข์ใจที่ต้องดูแล อยู่กับคนไข้เป็นอย่างไรบางทีหมอบอกให้ทำแบบนี้แบบนั้นแบบนี้ ลู้ง่ายแต่ลงมาทำดูลำบากใจจริงๆ ไม่รู้จะบอกหรือ(อย่างไร) ไม่ใช่ญาติจะไม่พยายาม แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร แค่เรื่องให้กินยาต้องหาขบายนกัน กลัวเขาไม่กิน เลี้ยงเด็กง่ายกว่าร้อยหมื่นเท่า ต้องใจเย็นมาก ๆ ค่อยพูดค่อยจา บางทีเราก็มัวมีเวลาทำได้บ้างไม่ได้บ้าง” “กินข้าวก็ต้องบอก ต้องป้อนบางทีบอกมากก็โมโห เป็นแบบนี้มาเป็นปีๆแล้ว ไม่รู้จะทำหรือ(อย่างไร) แล้ว” จะเห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

ต้องมีความรักความผูกพันห่วงใยมีความอดทนอดกลั้น มีความรับผิดชอบและมีจิตสำนึกในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมาก น่าจะทำให้ผู้ป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเช่นนี้ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ชัดเจนต่างจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะของการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

1. ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพผู้ป่วย พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลให้ความสำคัญกับการดูแลให้ครอบคลุมทั้งกายจิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะการจับถ้าย เนื่องจากผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิตที่ผู้ป่วยต้องใช้นั้นเป็นประจำต่อเนื่องเป็นเวลานาน รวมทั้งการบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยพยาบาลควรให้ความสำคัญกับส่งเสริมการหาตั้งยึดเหนี่ยวทางใจให้ผู้ป่วย ทำให้การดูแลที่บ้านสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2. พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านที่ชัดเจน ได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์กับผู้ดูแล โดยการเป็นพ่อ/แม่ หรือเป็น สามี/ภรรยา การเป็นเพศหญิง และการที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึก ความรักความผูกพัน ความห่วงใยเชื้ออาหารและควมมีจิตสำนึก ในขณะที่การมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลมาก กลับไม่ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพมากขึ้น ดังนั้นพยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการเลือกผู้ดูแลที่บ้าน ที่มีความรัก ความห่วงใย ผูกพันกับผู้ป่วย เนื่องจากทำให้การดูแลที่บ้านมีความเป็นไปได้อย่างแท้จริง

3. จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีแหล่งช่วยเหลือเป็นสมาชิกในเครือญาติ มีเพียงจำนวนน้อยมากที่ให้บริการของรัฐในชุมชน แต่แสดงให้เห็นถึงลักษณะสังคมวัฒนธรรมของครอบครัวไทยในด้านการช่วยเหลือเกื้อกูลในกลุ่มญาติ เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสาธารณสุขที่เน้นการดูแลปฐมภูมิที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพสุขภาพของคน โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นแหล่งสนับสนุน ดังนั้นให้ความสำคัญกับประชาชนกลุ่มดังกล่าวด้วย และควรพัฒนาองค์กรและเจ้าหน้าที่ของรัฐในชุมชน ให้เป็นแหล่งทรัพยากรที่สามารถให้การปรึกษาและช่วยเหลือเมื่อจำเป็นได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านมีที่พึ่ง อันจะทำให้มีกำลังใจและมีความหวังในการดูแลผู้ป่วยที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในด้านการวิจัย

1. การเก็บข้อมูลครั้งนี้ได้มาจากการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ที่กำหนดเท่านั้น และเป็นการศึกษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเท่านั้น อาจทำให้ได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มีสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจที่ต่างจากกลุ่มที่ไม่สามารถนำผู้ป่วยมารับการรักษาได้ จึงควรศึกษาวิจัยกับกลุ่มที่ไม่สามารถนำผู้ป่วยมารับการรักษาติดตามผลที่โรงพยาบาล โดยอาจศึกษาเชิงคุณภาพและการสังเกตที่บ้านของผู้ดูแลโดยตรง

2. ควรศึกษาปัญหาอุปสรรคในการไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

ที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา แต่ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามที่คนมีความรู้

3. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องมีความสามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลได้น้อย(เพียงร้อยละ 25) จึงน่าจะมีปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและยังไม่ได้ศึกษา โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ความรู้สึกรต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นเวลานาน ๆ เช่น ความเบื่อหน่าย เหนื่อยถ้า ไร้พลัง ซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

1. Boomsma J, Dingemans CAJ, & Dassen WW. The Nursing Process in crisis-oriented psychiatric home care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1997; 4 : 295 – 301.
2. Watson R , Modeste NN , Catolico O, & Crouch M. The relationship between caregiver burden and self- care deficits in former rehabilitation patients. *Rehabilitation Nursing* 1998;23 :258 –262.
3. พิเศษฐ์ อุดมรัตน์. ความก้าวหน้าของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 2542; 44 :171 – 179.
4. สุวิมล สมัคตะและอรพรรณ ถิอบุญวัชรชัย. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2542;13 : 24 - 31.
5. จลี เจริญสรรพ. การดำเนินงานโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน*. ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7. สุราษฎร์ธานี : โรงพิมพ์สุวรรณอักษร,2542.
6. Laksanavicharn U. Community mental health services in Thailand. *Bulletin of the Department of Medical Services* 198; 12 : 85 – 87.
7. คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับผู้ปฏิบัติงาน* .(ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7). สุราษฎร์ธานี : โรงพิมพ์สุวรรณอักษร,2542.
8. ศิริชัย กาญจนวาสิ, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์และศิเรก ศรีสุโข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,2537.
9. ศักดิ์ไทย สุรกิจบวร. *จิตวิทยาสังคม : ทฤษฎีและปฏิบัติการ*. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2545.
10. Galanti GA. *Caring for Patients from Different Cultures*. Baltimore : University of Pennsylvania Press, 1997.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

11. กัสสร สิมานนท์. บทบาทของผู้ชายกับปัญหาครอบครัวไทยในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541 ; 43 : 258-65.
12. วิจารณ์ รุ่ง. การในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
13. สายพิน เกษมกิจวัฒนา และ ประอรนุช ตฤยาทร. ปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2538;13(4):76-85.
14. Johnson BJ. Mental health promotion . *Adaptation and Growth : Psychiatric Mental Health Nursing*. 4th edition. Philadelphia : Lippincott, 1997.
15. Hyde AP. Coping with the threatening, intimidating, violent behavior of people with psychiatric abilities living at home : guidelines for family caregivers. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 1997 fall; 21 :144-9. CINAHL(R) Database 1982-1998.
16. Hoyert DL, Seltzer, MM. Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. *Family Relations* 1992;4 : 74-81.
17. Pilz ME. Education of youth for tooth and oral health4. Aspects of behavior modification, family education, initiative, and responsibility. *Stomatol DDR*.1990;40 : 236-240. (Medline)
18. นิตยา ตากวิชัยนันท์. พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติขณะอยู่ที่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2535 ; 7:29-35.
19. เวทีณี สุขมาก, อุไรวรรณ ไชครันท์หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หาล้า. ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 107-117.
20. Shiau SJ Chang SR. The life space of off springs with schizophrenic parents : the primary study of patients' and spouses' perceptions. *Nursing Research (China)* 1993;1: 218-30.CINAHL(R) Database1982-1998.
21. อรพรรณ ถือบุญรัชชัย. การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2542 ; 13: 32-44.
22. วันเพ็ญ บุญประกอบ. ความรัก ความผูกพันของครอบครัวในยุค 2000. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45 : 11-16.
23. บุญวดี เพชรรัตน์. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1. สงขลา : เทมการพิมพ์, 2539.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

24. **Pearson V and Phillips M. Psychiatric social work and socialism : problems and potential in China. Social Work 1994 ; 39 : 280-7.**