

นิพนธ์ต้นฉบับ

original article

ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ
โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
Factor Affecting Burden Among Caregivers of Patients with
Schizophrenia in Kosumpisai Hospital

ผ่องพัทธ์ จันท์ศิริ*
Phongpuk Junsiri*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลโกสุมพิสัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับประวัติจากเวชระเบียน จำนวน 94 คน ใช้ระยะเวลาศึกษา 24 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 53.7$) ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.30, r = -0.32, p < 0.001$ ตามลำดับ) ทั้งสองตัวแปรสามารถร่วมกันทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลได้ ร้อยละ 20 ($R^2_{adj} = 0.201, p < .00014$) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายภาระการดูแลสูงสุด คือ ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -0.3060, p < .003$) และรองลงมา คือ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -0.2857, p < .004$)

สรุป ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ บุคลากรสาธารณสุขควรให้ความสำคัญ และเน้นการส่งเสริมทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมให้เพิ่มมากขึ้น อันจะเป็นการช่วยลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทลง

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

This Research aims to study factors affecting burdens of caregivers of schizophrenic patients receiving treatment in Kosum Phisai Hospital. This Research is a cross-sectional descriptive study by using questionnaires to collect the general information of patients and caregivers together with Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, the Form of Measuring of Knowledge on Caregiving of Schizophrenic Patients, Questionnaires of Caregivers' Attitudes on Schizophrenic Patients, Form of Measuring of Social Support, and History from Medical Records, totaling 94 people, in the research period of 24 weeks. The Researcher has analyzed the data with descriptive statistics, Pearson's correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

According to the study result, it was found that the sample groups had burdens of caregiving of schizophrenic patients at a low level ($\bar{x} = 53.7$). Attitudes on caregiving of schizophrenic patients and social support correlated with the caregiving of schizophrenic patients with statistical significance ($r = -0.30$, $r = -0.32$, $p < 0.001$ respectively). Both variables were able to jointly predict factors affecting the caregiving at 20% ($R^2_{adj} = 0.201$, $p < .00014$). Variables which were able to best predict burdens of caregiving were attitudes on caregiving of schizophrenic patients ($\beta = -0.3060$, $p < .003$), followed by social support ($\beta = -0.2857$, $p < .004$).

In summary, factors affecting burdens of caregivers of schizophrenic patients included attitudes on the caregiving of schizophrenic patients and social support.

The Researcher recommended that health personnel should prioritize and emphasize the promotion of attitudes on the caregiving of schizophrenic patients, including the increasing promotion of social support, which would help reduce burdens of caregiving of schizophrenic patients.

Keywords : Caregiver, Schizophrenic Patients

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญ และพบมากที่สุดในกลุ่มโรคทางจิตเวช จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2566 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 6.44 หรือ 4 ล้านคน โดยมีเพียง 38.75% ที่เข้ารับการรักษ และยังมีผู้ป่วยอีก 61.25% ที่ไม่ได้รับการรักษา จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทย้อนหลัง 3 ปี ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2564 - 2566 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท 284,273 ราย, 314,250 ราย และ 299,771 ราย ตามลำดับ⁽¹⁾ และจากสถิติผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกในปี 2564, 2565 และ 2566 จำนวน 89, 100 และ 114 คน ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางสมองทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร มีอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม และการรับรู้ผิดแปลกไปจากความจริง มีลักษณะอาการหลงผิด ประสาทหลอน และมีระยะเวลาการเจ็บป่วย อย่างน้อย 6 เดือน⁽²⁾ ลักษณะอาการทางคลินิกที่พบแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) อาการทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย ทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง 2) อาการทางบวก ได้แก่ อาการหูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมที่แปลกไปจากคนปกติบางราย อาการอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น อาการที่รุนแรงในระยะนี้มักจะทำให้ผู้ป่วยดูแลตัวเอง ก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อญาติผู้ดูแล ชุมชน และสังคมได้ ซึ่งในระยะเฉียบพลันนี้ ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลงแล้วก็จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล⁽³⁾

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบต่อทางลบในหลายๆ ด้าน ทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องใช้ชีวิตส่วนมากอยู่กับครอบครัว ทำให้ครอบครัวมักประสบความทุกข์ ความกลัว และความสับสน เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติและก้าวร้าว ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลช่วยเหลือรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลา และเป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตของผู้ป่วย การค้นหาโรงพยาบาลเพื่อรักษาอาการทางจิตที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย บ่อยครั้งครอบครัวจะมีความวิตกกังวลอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถตอบสนองในการดูแลได้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ⁽⁴⁾ หากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิต อาจส่งผลกระทบต่อโดยตรงและโดยอ้อมต่อผู้ป่วยจิตเภทในหลายแง่มุม เช่น หากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพกาย อาจไม่มีความสามารถพอที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นการจัดยา การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ หรือการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน หรือหากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ภาวะซึมเศร้า หรือความวิตกกังวล อาจส่งผลให้เกิดการละเลย เบื่อหน่าย หรือหมดความสนใจในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบได้ สถาบันครอบครัวจึงกลายเป็นสถาบันหลักที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นญาติในครอบครัว ซึ่งต้องดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเอง และครอบครัว ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (Caregiver Burden) ย่อมส่งผลต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้⁽⁵⁾ ดังนั้นความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจึงเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลไม่ใช่โรคที่มีหลักการวินิจฉัยและอาการ

แสดงที่ชัดเจน แพทย์อาจพลาดโอกาสการทำความเข้าใจและช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ได้ ผู้ดูแลจึงเปรียบเสมือนผู้ป่วยที่ถูกกลืน⁽⁶⁾

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลโกสุมพิสัย มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย โดยมุ่งเน้นการดูแลทั้งครอบครัวและเป็นองค์รวม (Holistic Care) ซึ่งจากการทำงานที่ผ่านมาพบปัญหาว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเหนื่อยล้า ปวดหัว นอนไม่หลับ และเกิดปัญหาทางอารมณ์ เช่น ความตึงเครียด ความวิตกกังวล ความไม่พอใจ ซึมเศร้า สิ้นหวัง คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทชุมชนที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยทั้งในด้านมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเข้าใจบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถนำมาพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้⁽⁷⁾

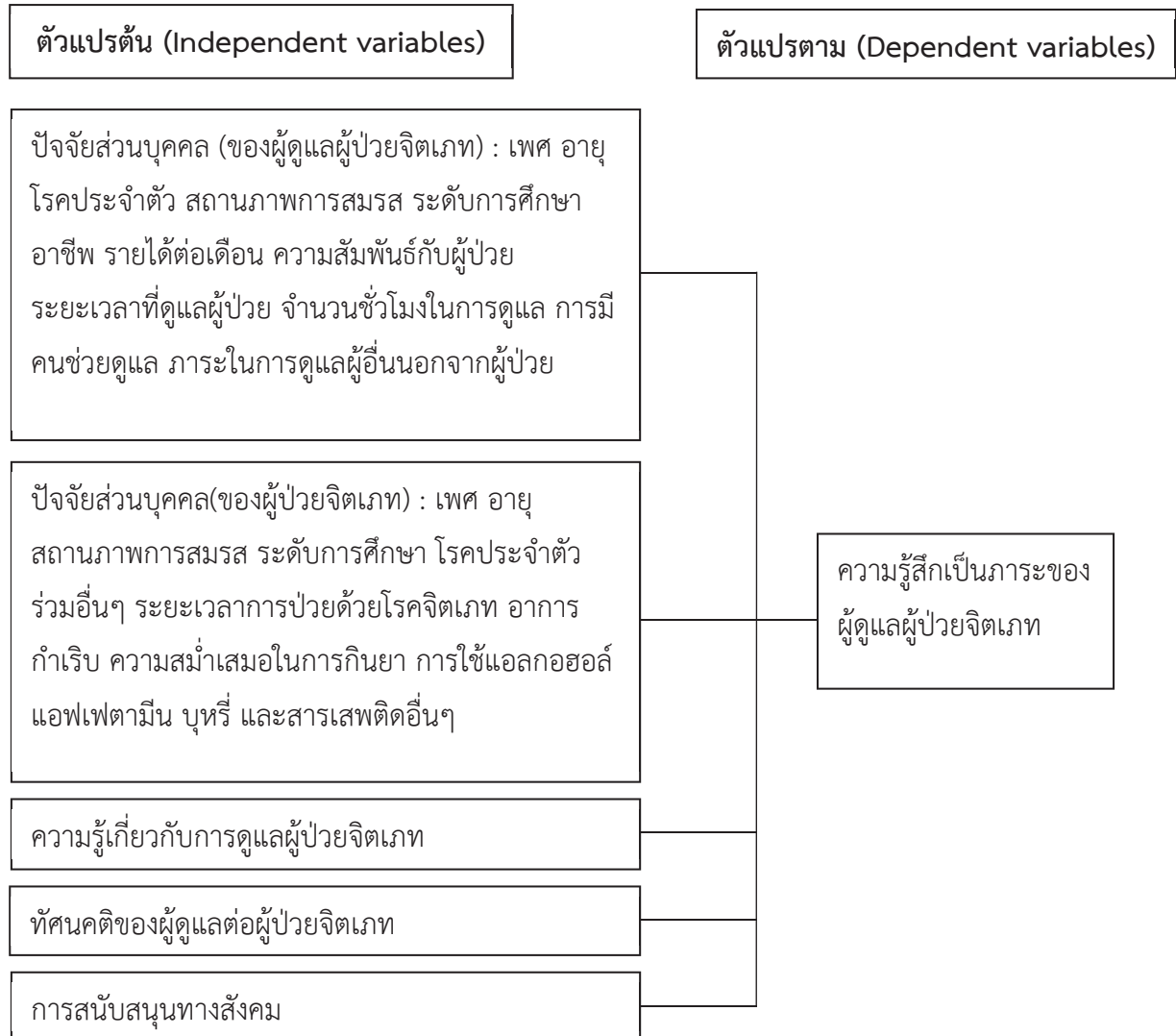
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปัจจัยคัดสรรได้แก่ อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้รูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin (Pearlin's stress process model)⁽⁸⁾ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยรูปแบบกระบวนการความเครียดของ Pearlin et al. (1990) กล่าวไว้ว่า ความเครียดของผู้ดูแลไม่ได้เกิดขึ้นแบบฉับพลัน แต่เกิดจากกระบวนการที่ซับซ้อนระหว่างหลายองค์ประกอบที่ส่งผลต่อกัน โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาประยุกต์ในงานวิจัย โดยกำหนดตัวแปรต้น คือ ปัจจัยพื้นฐาน ร่วมกับตัวกลางการปรับตัว เช่น ความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม มีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผลลัพธ์สำคัญตามแนวคิด Pearlin ดังแสดงในภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ผลลัพธ์กรอบแนวคิดการศึกษา Pearlin



วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Study) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ร่วมกับแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกับประวัติจากเวชระเบียน โดยกลุ่มตัวอย่างมาจากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกคลินิกจิตเวช

โรงพยาบาลโกสุมพิสัย โดยทำการเก็บตัวอย่างตั้งแต่ 1 มกราคม 2568 ถึง 6 มิถุนายน 2568 ในผู้ดูแลผู้ป่วยทุกรายที่ยินดีเข้าร่วม โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา หรือมารับยาแทน ที่แผนกคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จากสถิติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่โรงพยาบาลโกสุมพิสัยย้อนหลัง ปี 2566 มีจำนวน 123 คน (ข้อมูลจากแผนกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัด

มหาสารคาม ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2566) กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณขนาดจากสูตรของ ยามาเน่⁽⁹⁾ จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้เท่ากับ 94 คน ทั้งนี้คณะผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในแผนก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม อย่างน้อย 1 ปี ซึ่งมีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า :

1. เป็นผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ามารับการรักษาในแผนกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ที่มีอายุระหว่าง 18 - 75 ปี

2. เป็นผู้ดูแลหลัก มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติโดยตรงของผู้ป่วยจิตเวช เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา หลาน หรือญาติที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยจิตเวช โดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ในการดูแลผู้ป่วยและมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือนขึ้นไป ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าผู้ดูแลคนอื่นๆ ในแต่ละวัน โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่างๆ

3. เป็นผู้ที่สามารถอ่านหนังสือออก เขียนได้ และสื่อสารได้

4. ไม่เป็นผู้ได้รับการวินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิต

เกณฑ์การคัดออก :

1. เป็นผู้ดูแลไม่ต่อเนื่อง หรือแพทย์รับเป็นผู้ป่วยในนานกว่า 1 เดือนก่อนการศึกษา

2. ผู้ดูแลที่ไม่สามารถตอบแบบสอบถาม ได้สมบูรณ์และขอยุติการทำแบบสอบถาม

เครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ข้อคำถามของข้อมูลส่วนบุคคล 2 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน การมีคนช่วยดูแลผู้ป่วย ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวร่วมอื่นๆ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคจิตเภท อาการกำเริบ ความสม่ำเสมอในการกินยา การใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ และสารเสพติด

2. แบบสอบถามการรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยธานี⁽¹⁰⁾ โดยใช้แนวคิดของ Montgomery et al. (1985)⁽¹¹⁾ ลักษณะคำถามเป็นการประเมินการรับรู้ภาระตามความรู้สึกของผู้ดูแลที่เกิดจากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวนทั้งสิ้น 24 ข้อ แบ่งออกเป็น

2.1 ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การเปลี่ยนแปลงหน้าที่การทำงาน การทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อเป็นข้อความทางลบทั้งหมด

2.2 ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางด้านอารมณ์ และทัศนคติ ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ ซึ่งมีข้อความทางบวก 1 ข้อ ได้แก่ข้อ 10 และข้อความทางลบ 11 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12

ลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่มากที่สุดถึงน้อยที่สุด โดยกำหนดให้ค่าน้ำหนักคะแนนในแต่ละข้อคำถาม ดังนี้

	ข้อความทางลบ	ข้อความทางบวก
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

คะแนนที่ได้จะนำมาพิจารณา โดยแยกเป็นภาวะเชิงปรนัย ภาวะเชิงอัตนัย และ ภาวะโดยรวม การแปลผลคะแนนโดยคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 24 - 120 คะแนน

ถ้าคะแนนสูง หมายถึง มีภาวะในการดูแลมาก นอกจากนี้ยังแบ่งภาวะการดูแลออกเป็นระดับคะแนน ดังนี้

คะแนน 98 - 120 คะแนน	แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมากที่สุด
คะแนน 84 - 97 คะแนน	แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมาก
คะแนน 60 - 83 คะแนน	แสดงว่า มีภาวะในการดูแลปานกลาง
คะแนน 36 - 59 คะแนน	แสดงว่า มีภาวะในการดูแลน้อย
คะแนน 24 - 35 คะแนน	แสดงว่า มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

แบบสอบถามฉบับนี้ได้นำไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.953

1. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ตามแนวคิดของ Lefley (1987)⁽¹²⁾ ที่พัฒนาโดยจิราพร รักการ⁽¹³⁾ พบว่าแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวสหาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.8 โดยมี จำนวนทั้งหมด 30 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 22 ข้อ และ ข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ ว่าใช่หรือไม่ใช่ เกณฑ์การให้คะแนนของข้อคำถามทางบวก คือหากตอบว่าใช่ให้ 1 คะแนนและหากตอบว่า ไม่ใช่ให้ 0 คะแนน

ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม สำหรับการคิดคะแนนรวมทั้งหมด โดยคะแนนมาก หมายถึง มีความรู้มาก และคะแนน น้อย หมายถึง มีความรู้น้อย แบบสอบถามฉบับนี้ได้นำไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.823

2. แบบสอบถามทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบวัดที่นำมาใช้ประเมินทัศนคติ ของรัชนี ไพรสวัสดิ์⁽¹⁴⁾ ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Secord and Backman (1964)⁽¹⁵⁾ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และในงานวิจัยนี้ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81 ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ มีจำนวนข้อที่มีความหมายทางบวก 7 ข้อ และจำนวนข้อที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ การให้คะแนนข้อที่มีความหมายทางลบจะกลับคะแนนก่อน

ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราวัด
ประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้

สำหรับข้อคำถามที่มีเนื้อหาเป็นบวก (ซึ่งอยู่ในข้อ 1,3,4,5,8,9,10)

5 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วย
3 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่แน่ใจ
2 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วย
1 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

- สำหรับข้อคำถามที่มีเนื้อหาเป็นลบ (ซึ่งอยู่ในข้อ 2,6,7)

5 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
4 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่เห็นด้วย
3 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่แน่ใจ
2 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วย
1 คะแนน	หมายถึง	ข้อความนั้นเห็นด้วยอย่างยิ่ง

แปลผลคะแนน โดยการรวม
คะแนนและหาค่าเฉลี่ย ค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่า
แสดงว่า มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทดี ค่าคะแนน
เฉลี่ยน้อยกว่า แสดงว่า มีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท
ไม่ดี แบบสอบถามฉบับนี้ ได้นำไปทดสอบความเที่ยง
กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกคลินิกจิตเวช
โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมี
คุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย
ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์
อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.740

3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม
ประเมินได้จากแบบประเมินการสนับสนุนทาง
สังคมตามกรอบแนวคิดของแบรนด์และไวเนอร์ท
(Brandt and Weinert, 1981)⁽¹⁶⁾ ซึ่งแปลโดย

ชมนาด วรรณพรศิริ⁽¹⁷⁾ ได้ค่าความเที่ยง 0.87
ประกอบด้วย การวัดการสนับสนุนทางสังคม
5 ด้าน คือ ด้านความใกล้ชิดสนิทสนม ด้านการ
เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้มีโอกาส
ช่วยเหลือผู้อื่น ด้านความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง
และด้านมีผู้ให้ความช่วยเหลือแนะนำ จำนวน 25 ข้อ
โดยใช้มาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ และมีเกณฑ์
ในการให้คะแนนดังนี้

จริงมากที่สุด	5 คะแนน
จริงมาก	4 คะแนน
จริงปานกลาง	3 คะแนน
จริงเล็กน้อย	2 คะแนน
ไม่จริงเลย	1 คะแนน

ส่วนข้อความทางลบ มีเกณฑ์ในการให้คะแนนตรงกันข้ามกับวิธีการที่กล่าวมาแล้วแบ่ง
ระดับของการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 - 5.00	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 - 4.49	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับค่อนข้างสูง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 - 3.49	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 - 2.49	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.49	หมายถึง	มีการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับต่ำ

แบบสอบถามฉบับนี้ ได้นำไปทดสอบความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แผนกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งมีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.916

วิธีการดำเนินงานวิจัย

1) แพทย์ให้การวินิจฉัยและพิจารณาเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออก

2) ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับคำอธิบายจากผู้ช่วยวิจัยในเรื่องโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย และขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนเริ่มงานวิจัย

3) คณะผู้วิจัยส่งแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งอธิบายวิธีการทำแบบสอบถาม

4) หลังจากทำแบบสอบถามเสร็จให้ส่งแบบสอบถาม ซึ่งจะถูกเก็บไว้ในฐานข้อมูล คณะผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาตรวจสอบความถูกต้อง ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ดังนี้

1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย จำนวนชั่วโมงในการดูแล การมีคนช่วยดูแล ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย โดยนำมาแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและพิสัย

1.2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัวร่วมอื่นๆ ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคจิตเภท อาการกำเริบ ความสม่ำเสมอในการกินยา การใช้แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ โดยนำมาแจกแจง

ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิสัย

2. วิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะจิตของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยการหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะจิตของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

4. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 12/2567 รับรองวันที่ 25 ธันวาคม 2567 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกคนจะได้รับคำชี้แจง และลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเริ่มทำแบบสอบถาม และการศึกษาที่ผู้วิจัยจะส่ง Research Proposal เพื่อรับการพิจารณา โดยคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์และโครงการงานวิจัยต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ก่อนดำเนินงานวิจัย ข้อมูลผู้ป่วยทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยการจัดเก็บข้อมูลจะเก็บในลักษณะเป็นรหัสเพื่อไม่ให้สืบค้นไปถึงผู้ป่วยได้

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 94)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	42	44.7%
	หญิง	52	55.3%
อายุ	20 - 29 ปี	4	4.3%
	30 - 39 ปี	12	12.8%
	40 - 49 ปี	31	33.0%
	50 - 59 ปี	30	31.9%
	60 ปีขึ้นไป	17	18.1%
$(\bar{X} = 47.7, SD = 11.8, Min = 20, Max = 75)$			
สถานภาพ	โสด/หม้าย/อย่าร้าง/แยกกันอยู่	54	57.4%
	สมรส	40	42.6%
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	43	45.7%
	มัธยมศึกษา	47	50.0%
	อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป	4	4.3%
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	20	21.3%
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	3.2%
	เกษตรกร	38	40.4%
	รับจ้าง	29	30.9%
	ค้าขาย	3	3.2%
	อื่นๆ	1	1.1%
รายได้ต่อเดือน	น้อยกว่า 5,000 บาท	53	56.4%
	5,000 - 10,000 บาท	30	31.9%
	มากกว่า 10,000 บาท	11	11.7%

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 94) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สถานะความสัมพันธ์ของผู้ดูแล		
บิดา/มารดา	44	46.8%
สามี/ภรรยา	12	12.8%
พี่/น้อง/บุตร/ลุง/ป้า/น้า/อา/ หลาน/อื่นๆ	38	40.4%
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
น้อยกว่า 5 ปี	47	50.0%
5 - 10 ปี	20	21.3%
มากกว่า 10 ปี	27	28.7%
จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน		
น้อยกว่า 4 ชั่วโมง	29	30.9%
4 - 8 ชั่วโมง	39	41.5%
มากกว่า 8 ชั่วโมง	26	27.7%
การมีคนช่วยดูแลผู้ป่วย		
มี	67	71.3%
ไม่มี	27	28.7%
ภาระในการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย		
มี	52	55.3%
ไม่มี	42	44.7%

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 52 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีอายุตั้งแต่ 20 - 75 ปี โดยมีอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเฉลี่ย 47.7 (SD = 11.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด/หม้าย/อยู่ร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีระดับการศึกษามากที่สุด คือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.0 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40.40 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า

5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.4 มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 46.8 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน 4 - 8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 41.5 ส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 71.3 และมีภาระการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 55.3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท (n = 94)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	62	66.0%
	หญิง	32	34.0%
อายุ	20 - 29 ปี	17	18.1%
	30 - 39 ปี	18	19.1%
	40 - 49 ปี	21	22.3%
	50 - 59 ปี	16	17.0%
	60 ปีขึ้นไป	22	23.4%
$(\bar{X} = 46.5, SD = 16.3, Min = 20, Max = 81)$			
สถานภาพ	โสด/หม้าย/อยู่ย่าร้าง/แยกกันอยู่	54	57.4%
	สมรส	40	42.6%
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	43	45.7%
	มัธยมศึกษา	47	50.0%
	อนุปริญญาตรี/ปริญญาตรีขึ้นไป	4	4.3%
โรคประจำตัวรวมอื่นๆของผู้ป่วย	มี	24	25.5%
	ไม่มี	70	74.5%
ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท	น้อยกว่า 5 ปี	42	44.7%
	5-10 ปี	22	23.4%
	มากกว่า 10 ปี	30	31.9%
อาการจิตเภทช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	คงที่หรือดีขึ้น	83	88.3%
	แย่ลง	11	11.7%
ความสม่ำเสมอในการกินยาในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	กินยาทุกวัน	77	81.9%
	กินยาไม่สม่ำเสมอ	15	16.0%
	ไม่กินยา	2	2.1%
อาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาลภายใน 1 ปีที่ผ่านมา	มี	18	19.1%
	ไม่มี	76	80.9%

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท (n = 94) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้แอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ใช้	26	27.7%
ไม่ใช้	68	72.3%
การใช้แอมเฟตามีน(ยาบ้า)ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ใช้	22	23.4%
ไม่ใช้	72	76.6%
การใช้บุหรี่ยังในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ใช้	35	37.2%
ไม่ใช้	59	62.8%
การใช้สารเสพติดอื่นๆในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา		
ใช้	11	11.7%
ไม่ใช้	83	88.3%

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า จากข้อมูลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 94 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย 62 คน คิดเป็นร้อยละ 66.0 และเพศหญิง 32 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 มีอายุเฉลี่ย ประมาณ 46 ปี (\bar{X} = 46.50, SD = 16.3) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ โสด/หม้าย/อยู่ยาร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีระดับการศึกษามากสุดคือมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 โรคประจำตัวร่วมอื่นๆของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 74.5 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่น้อยกว่า 5 ปี

คิดเป็นร้อยละ 44.7 อาการส่วนใหญ่คงที่หรือดีขึ้น ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 88.3 รับประทานยาสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 81.9 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.9 ส่วนใหญ่ปฏิเสธการใช้ แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 72.3, 76.6, 62.8, และ 88.3 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (n = 94)

ภาวะการดูแล	\bar{X}	SD	Min - Max	การแปลผล
ภาวะการดูแลโดยรวม (24 - 120 คะแนน)	53.7	17.31	26 - 94	ภาวะการดูแลน้อย
ภาวะการดูแลเชิงอัตนัย (12 - 60 คะแนน)	28.7	9.17	14 - 53	
ภาวะการดูแลเชิงปรนัย (12 - 60 คะแนน)	25.0	9.97	12 - 58	

จากตารางที่ 3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลโดยรวม เท่ากับ 53.7 (SD = 17.13) แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย เมื่อพิจารณา จำแนกเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย ของภาวะการดูแลเชิงอัตนัย เท่ากับ 28.7 (SD = 9.17)

และมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลเชิงปรนัย เท่ากับ 25.0 (SD = 9.97)

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย จิตเภท ทักษะการดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

ตารางที่ 4 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทักษะการดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม (n= 90)

ตัวแปรที่ศึกษา	Rang		Mean	SD
	Possible	Actual		
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย	0-30	7-28	19.4	5.68
ทักษะการดูแลต่อผู้ป่วย	10-50	22-50	39.8	5.45
การสนับสนุนทางสังคม	25-125	43-117	86.6	15.68

จากตารางที่ 4 แสดงให้เห็นว่า ความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีคะแนนอยู่ ระหว่าง 7 - 28 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ใน ระดับปานกลาง คือ 19.4 (SD = 5.68) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภทปานกลาง ทักษะการดูแล มีคะแนนอยู่ระหว่าง 22 - 50 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูงคือ 39.8 (SD = 5.45) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะการดูแลสูง การสนับสนุนทางสังคม มีคะแนนอยู่ระหว่าง 43 - 117 คะแนน โดยมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับค่อนข้างสูง คือ 86.6 (SD = 15.68) หมายความว่า กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับ ค่อนข้างสูง

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์และความสามารถในการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ในการศึกษาปัจจัยทำนายระหว่าง อายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการ ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ทักษะการดูแลต่อผู้ป่วย จิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และภาวะการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ใช้การวิเคราะห์พหุคูณถดถอย (Multiple Regression) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วย โรคจิตเภท ทักษะคดีของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (N = 94)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. อายุ	1.0000					
2. ระยะเวลาในการดูแล	0.0138	1.0000				
3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	0.0017	0.1230	1.0000			
4. ทักษะคดีของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท	-0.1049	0.1994	0.3005**	1.0000		
5. การสนับสนุนทางสังคม	0.1056	0.1511	-0.0339	0.2499*	1.0000	
6. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	-0.0572	0.1870	-0.0270	-0.3071**	-0.3258**	1.0000

* $p < .05$ ** $p < .01$

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับตัวแปรตาม พบว่า

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับทักษะคดีของผู้ดูแล ($r = 0.3005$, $p < .01$) แปลว่า ผู้ดูแลมีความรู้มากขึ้น มักมีทักษะคดีที่ดีต่อผู้ป่วยมากขึ้น

2. ทักษะคดีของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.2499$, $p < .05$) แปลว่า ผู้ดูแลมีทักษะคดีที่ดี มักได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากขึ้น

3. ภาระในการดูแล มีความสัมพันธ์เชิงลบกับทักษะคดีผู้ดูแล ($r = -0.3071$, $p < .01$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = -0.3258$, $p < .01$) แปลว่า ผู้ดูแลที่มีทักษะคดีที่ดี และได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีภาระในการดูแลลดลง

ส่วนอายุและระยะเวลาในการดูแลไม่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับตัวแปรใดๆ ส่วนความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับภาระในการดูแล

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ของตัวแปรทำนายกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (N = 94)

ตัวแปร	b	SE	β	t	p-value
อายุ	-0.0941	0.1402	-0.0632	-0.6709	0.503
ระยะเวลาในการดูแล	5.7892	1.9078	0.2896	3.0344	0.003
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	0.0604	0.2993	0.0198	0.2018	0.840
ทักษะคดีของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท	-0.9713	0.3270	-0.3060	-2.9701	0.003
การสนับสนุนทางสังคม	-0.3119	0.1069	-0.2857	-2.9159	0.004

Constant = 112.65; $R^2_{adj} = 0.201$; $R^2 = 0.244$; $R = 0.494$; $F = 5.690$; $p < .00014$

จากตารางที่ 6 พบว่า ปัจจัยทำนายที่สามารถทำนายภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด คือทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -0.3060, p < .003$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -0.2857, p < .004$) ตามลำดับ โดยพบว่าทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภทและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ คิดเป็นร้อยละ 20.1 ($R^2_{adj} = 0.201, p < .00014$)

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวสามารถเขียนสมการทำนายภาระการดูแลได้ดังนี้

1. สมการในรูปคะแนนดิบ (Y) ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท = $112.65 - 0.97$ (ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท) $- 0.31$ (การสนับสนุนทางสังคม)

2. สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท}} = -0.30(Z_{\text{ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท}}) - 0.28(Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}})$$

จากสมการข้างต้น อธิบายได้ว่าภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำนายได้จากทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -0.30, p < .003$) ร่วมกับมีการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -0.28, p < .004$)

วิจารณ์

จากผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก เป็นเพศหญิง 52 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3 อายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีอายุตั้งแต่ 20 - 75 ปี โดยมีอายุของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทเฉลี่ย 47.7 (SD = 11.8) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด/หม้าย/อยู่ร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีระดับการศึกษามากสุด คือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 40.40 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.4 มีความสัมพันธ์เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 46.8 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 จำนวนชั่วโมงที่ดูแลผู้ป่วยต่อวัน 4-8 ชั่วโมง คิดเป็นร้อยละ 41.5 ส่วนใหญ่มีคนช่วยดูแล คิดเป็นร้อยละ 71.3 และมีภาระการดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย คิดเป็นร้อยละ 55.3

1.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท

พบเป็นเพศชาย 62 คน คิดเป็นร้อยละ 66.0 และเพศหญิง 32 คน คิดเป็นร้อยละ 34.0 มีอายุเฉลี่ยประมาณ 46 ปี ($\bar{X} = 46.50, SD = 16.3$) ส่วนใหญ่มีสถานภาพ โสด/หม้าย/อยู่ร้าง/แยกกันอยู่ คิดเป็นร้อยละ 57.4 มีระดับการศึกษามากสุด คือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50.00 โรคประจำตัวรวมอื่นๆ ของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 74.5 ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ น้อยกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.7 อาการส่วนใหญ่มากที่หรือดีขึ้นในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 88.3 รับประทานยาสม่ำเสมอ คิดเป็นร้อยละ 81.9 ส่วนใหญ่ไม่มีอาการกำเริบจนต้องนอนโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 80.9 ส่วนใหญ่ปฏิเสธการใช้แอลกอฮอล์ แอมเฟตามีน บุหรี่ และสารเสพติดอื่นๆ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คิดเป็นร้อยละ 72.3, 76.6, 62.8, และ 88.3 ตามลำดับ

2. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษารังนี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาระการดูแลโดยรวมเท่ากับ 53.7 (SD = 17.13) แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของวาสนา นามเหล่า⁽¹⁸⁾ พบว่า ส่วนใหญ่เกิด

ภาวะในการดูแลเนื่องจากอายุของผู้ดูแลที่มากขึ้น สัมพันธภาพในครอบครัวที่ลดลง และการศึกษาของเสาวนีย์ คงนิรันดร⁽¹⁹⁾ ที่มีภาวะการดูแลเกิดจากทัศนคติของผู้ดูแล และเครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคม

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ทัศนคติ ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรียงตามน้ำหนักสัมประสิทธิ์การถดถอยจากมากไปน้อยคือ ทัศนคติของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ($\beta = -0.3060$, $p < .003$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = -0.2857$, $p < .004$) ตามลำดับ โดยสามารถร่วมกันทำนายภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 20.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี ไพรสวัสดิ์⁽¹⁴⁾ พบว่าทัศนคติของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทด้านการดูแลที่จำเป็นทั่วไปของสมาชิกครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

สรุป

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดภาวะการดูแล ร้อยละ 53.7 ส่วนมากเป็นภาวะการดูแลระดับน้อย
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่อนุญาตให้ดำเนินงานวิจัยในพื้นที่ ขอขอบคุณบุคลากร ทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลโกสุมพิสัย ที่ร่วมกันดำเนินงานตามแนวทางของงานวิจัย

ซึ่งส่งผลให้เข้าใจบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และสามารถนำมาพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2558.
4. สุจรรยา โลหาศีวะ. การพัฒนาสุขภาพจิตในวัยเรียน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
5. อัครวัฒน์ เพ็ญพวงกวัด. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการโรงพยาบาลหนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2561; 12(28): 72-84.
6. ฐิตยาภรณ์ พิมวรรณ. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกรับเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(2): 203-216.
7. เทียนทอง หาระบุตร. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแลในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2566; 37(1): 79-102.

8. Pearlin, L. I., Mullan, J. T., Semple, S. J., & Skaff, M. M.,. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. *Gerontologist* 1990; 25: 6-32.
9. Yamane, Taro. *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York: Harper and Row; 1967.
10. นพรัตน์ ไชยขำนิ. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
11. Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relation* 1985; 34: 19-26.
12. Lefley, H. P. Impact of mental illness in families of mental health professionals. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1987; 175(20): 613-619.
13. จิราพร รักการ. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.
14. รัชณี ไพรสวัสดิ์. บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2550.
15. Secord, P. F., & Backman, C. W. *Social psychology*. New York: McGraw-Hill Book; 1964.
16. Brandt, P.A. , and Weinert, C. The PRQ a Social Support Measure. *Nursing Research* 1981; 30: 277-280.
17. ชมนาด วรรณพรศิริ. ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและสุขภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2535.
18. วาสนา นามเหล่า. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์. (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยบูรพา, คณะพยาบาลศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช; 2559.
19. เสาวนีย์ คงนรินทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา). ฐานข้อมูลงานวิจัย (ThaiLis). 2559.