Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)
ISSN 2774-0250 (Print) : ISSN 2774-017X (Online)

Original Article

FACTOR INFLUENCING QUALITY OF LIFE AMONG CAREGIVERS CARING FOR PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN COMMUNITY

Chokpipat Sangraksa [1], Chanudda Nabkasorn [2], Duangjai Vatanasin [3]

[1-2] Faculty of Nursing, Burapha University, Chonburi 20131, Thailand

[3] Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok 10330, Thailand

Corresponding author; E-mail: chokpipatana@gmail.com *

Received: September 25, 2024

Received: March 03, 2025

Accepted: March 31, 2025

Citation: Sangraksa C., Nabkasorn C., Vatanasin D. (2025). Factor Influencing Quality of Life Among Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia in Community. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 40(1), e15797.

Copyright (c) 2025 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

Schizophrenia is a common mental disorder characterized by disturbances in thought, emotion, perception, and behavior. Caregivers of individuals with schizophrenia play a critical role, as they face physical, emotional, and financial burdens that may adversely affect their quality of life. This predictive correlational study aimed to examine the quality of life and its influencing factors among caregivers of people with schizophrenia. A simple random sample of 110 community caregivers in Ubon Ratchathani Province completed self-report questionnaires in October 2023. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression. Results indicated that 69.1% of caregivers had a moderate overall quality of life (Mean = 85.71, SD = 16.38). Two factors emerged as statistically significant predictors: caregiving burden (β = -0.302, $p < .001$) and social support (β = 0.276, $p < .05$). Together, these variables explained 19.3% of the variance in quality of life ($R^2 = 0.193$, $F_{(2, 107)} = 12.79$, $p < .05$). In conclusion, most caregivers of individuals with schizophrenia reported moderate quality of life. To enhance caregivers' well-being, interventions should focus on reducing caregiving burden and bolstering social support.

Keywords: Quality of life; Caregiver; Schizophrenia

Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)
ISSN 2774-0250 (Print) : ISSN 2774-017X (Online)

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โชคพิพัฑฒน์ แสงรักษา [1,*], ชนัดดา แนบเกษร [2], ดวงใจ วัฒนสินธุ์ [3]

[1-2] คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี 20131, ประเทศไทย

[3] สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย, กรุงเทพฯ 10330, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: chokpipatana@gmail.com *

รับบทความ: 25 กันยายน 2567

แก้ไขล่าสุด: 05 มีนาคม 2568

ตอบรับตีพิมพ์: 31 มีนาคม 2568

อ้างอิง: โชคพิพัฑฒน์ แสงรักษา, ชนัดดา แนบเกษร, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2568). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 40(1), e15797.

ลิขสิทธิ์ (c) 2568 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบได้บ่อย มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงมีสำคัญอย่างมาก เนื่องจากต้องเผชิญกับภาระทั้งทางกาย อารมณ์ และเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหนึ่ง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 110 คน จากการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามในช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1 (Mean= 85.71, SD= 16.38) ปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาระในการดูแลผู้ป่วย (β = -0.302, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคม (β = 0.276, $p < .05$) โดยสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 19.3 (R^2 = 0.193, $F_{(2, 107)}$ = 12.79, $p < .05$) สรุป ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเจตเภทควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น และลดภาระในการดูแลผู้ป่วย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ดูแลต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต; ผู้ดูแล; ผู้ป่วยจิตเภท

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม พบได้ทั่วโลกประมาณร้อยละ 0.85 หรือประมาณ 24 ล้านคน โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละกว่า 2 ล้านคน (WHO, 2022) ในประเทศไทยพบอัตราความชุกตลอดชีวิตร้อยละ 0.5-1.0 (Suwanmaitree et al., 2017) มักพบในเพศชายช่วงอายุ 15-24 ปี โดยในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในสถานพยาบาลถึง 55,811 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 21.04 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Department of Mental Health, 2020) แนวโน้มผู้ป่วยยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง โดยเฉพาะในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งเพิ่มจาก 16,317 รายในปี 2563 เป็น 28,383 รายในปี 2566 (Health Data Center, 2024)

โรคจิตเภทมีระยะการดำเนินโรค 4 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนป่วย เริ่มอาการ อาการกำเริบ และระยะหลงเหลือ มีอาการทั้งด้านบวก เช่น ประสาทหลอน และด้านลบ เช่น อารมณ์เฉยเมย โดยผู้ป่วยมักเริ่มมีอาการตั้งแต่วัยรุ่น และโรคมีแนวโน้มเรื้อรัง ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต การดูแลผู้ป่วยจึงต้องอาศัยทั้งการแพทย์และสังคมเพื่อฟื้นฟูและลดการกลับเป็นซ้ำ (McGorry et al., 2002; Lieberman et al., 2005) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักมีความบกพร่องทางสังคม ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลให้โรคมีลักษณะเรื้อรัง (Pojchanan, 2010) ส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่ต้องเผชิญกับภาระทั้งร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ บางรายอาจต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวและภาระต่อรัฐในการจัดสรรงบประมาณ (Ananttree, 2017)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบจากหลายปัจจัย เช่น สุขภาพกาย สุขภาพจิต สถานะทางเศรษฐกิจ และความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ดูแลมักประสบปัญหาสุขภาพ เช่น ปวดเมื่อยเรื้อรัง อ่อนล้า นอนไม่หลับ และมีความเครียด วิตกกังวล และซึมเศร้า โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยหรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Piawpongpakawat, 2018) ปัจจัยทางเศรษฐกิจก็สำคัญ ผู้ดูแลที่มีรายได้เพียงพอมักมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า เนื่องจากมีความสามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสนับสนุนที่เหมาะสมได้มากกว่า นอกจากนี้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวมีบทบาทสำคัญ หากได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว จะช่วยลดภาระและความเครียดได้ ตรงกันข้าม หากต้องดูแลเพียงลำพัง อาจนำไปสู่ความรู้สึกโดดเดี่ยวและหมดกำลังใจ

องค์การอนามัยโลก ให้นิยามคุณภาพชีวิตว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับชีวิตของตนเองในบริบทวัฒนธรรมและค่านิยม ซึ่งเกี่ยวข้องกับเป้าหมาย มาตรฐาน และความสนใจ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ 1) ด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ความเจ็บปวด 2) ด้านจิตใจ เช่น ความมั่นใจในตนเอง ความเครียด 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การได้รับการสนับสนุนจากคนรอบข้าง และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความปลอดภัย (WHO, 1996) การเข้าถึงบริการสุขภาพและรายได้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นเวลานานจะมีทักษะและกลไกในการดูแลที่ดีขึ้น โดยมีความสามารถในการปรับตัว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นเมื่อเทียบกับผู้ที่เพิ่งเริ่มดูแล (Wanpen, 2007; Amara, 2020) โดยพบว่าระยะเวลาในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ในทางกลับกัน ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล (Klayanee et al., 2015) ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 มิติ ได้แก่ ภาระเชิงปรนัย เช่น เวลาที่เสียไป การหยุดงาน และภาระเชิงอัตนัย เช่น ความรู้สึกเหนื่อยหน่าย วิตกกังวล หรือหมดกำลังใจ หากภาระการดูแลเพิ่มสูง ผู้ดูแลยิ่งมีแนวโน้มคุณภาพชีวิตลดลง

จากข้อมูลทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับอิทธิพลจากหลายปัจจัย เช่น ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือระยะเวลาในการดูแล แม้มีงานวิจัยประเมินคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในหลายประเทศ แต่ในบริบทชุมชนไทยยังขาดการศึกษาวิเคราะห์ปัจจัยเชิงลึกที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในระดับชุมชน การศึกษานี้จะช่วยให้หน่วยงานสาธารณสุขวางแผนมาตรการสนับสนุนทางสังคมและกำหนดนโยบายหากมีการสนับสนุนอย่างเหมาะสมจากภาครัฐและชุมชน จะช่วยลดภาระของผู้ดูแล และส่งเสริมให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2566 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 747 คน ข้อมูล ณ กันยายน 2565 (Health Data Center, 2024)

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 110 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยการใช้โปรแกรม G*power 3.1.9.7 กำหนดค่าดังนี้ Test family (F test), Statistical test (Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero), Type of power analysis (A priori: Compute required sample size-given α, power, and effect size) อำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.80 ค่าขนาดของอิทธิพล (Effect size f^2) เท่ากับ 0.15 (Cohen, 1997) α err prob เท่ากับ 0.05 ในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรต้น 5 ตัวแปร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 92 คน เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วนและข้อมูลที่ได้ไม่มีความสมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกอย่างน้อยร้อยละ 20.0 (Srisatitanarakul, 2010) คิดเป็นจำนวน 18 คน การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 110 คน โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1.2.1 เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1) ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

2) เป็นผู้ดูแลหลัก มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติโดยตรงของผู้ป่วยจิตเภท เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา หลาน หรือญาติที่อาศัยร่วมบ้านกับผู้ป่วยจิตเภท โดยที่ไม่ได้รับค่าตอบแทนใด ๆ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือนขึ้นไป ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าผู้ดูแลคนอื่น ๆ ในแต่ละวัน โดยให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

3) สามารถสื่อสารด้วยการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

4) ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือโรคทางจิตเวชจากการวินิจฉัยโดยแพทย์

1.2.2 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ มีปัญหาด้านร่างกายและจิตใจที่มีผลต่อการให้ข้อมูล เช่น ปวดศีรษะ เครียด วิตกกังวลฯ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาในการดูแลและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้ดูแล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด โดยให้เลือกตอบและเติมคำตามที่กำหนดให้

ส่วนที่ 2 ความเข้มแข็งในการมองโลก ประยุกต์ตามแนวคิดของ Antonovsky (1993) จำนวน 29 ข้อ ประกอบด้วย ข้อที่มีความหมายทางบวก 16 ข้อ ข้อที่มีความหมายทางลบ 13 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 7 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก ไม่เห็นด้วยมากที่สุดให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยปานกลางให้ 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยเล็กน้อยให้ 3 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 4 คะแนน เห็นด้วยเล็กน้อยให้ 5 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 6 คะแนน และเห็นด้วยมากที่สุดให้ 7 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบ ไม่เห็นด้วยมากที่สุดให้ 7 คะแนน ไม่เห็นด้วยปานกลางให้ 6 คะแนน ไม่เห็นด้วยเล็กน้อยให้ 5 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 4 คะแนน เห็นด้วยเล็กน้อยให้ 3 คะแนน เห็นด้วยปานกลางให้ 2 คะแนน เห็นด้วยมากที่สุดให้ 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 29 – 203 คะแนน การแปลผล ได้แก่ มีความเข้มแข็งในการมองโลกสูง (146-203 คะแนน)

มีความเข้มแข็งในการมองโลกปานกลาง (88 – 145 คะแนน) มีความเข้มแข็งในการมองโลกต่ำ (29 – 87 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพ SF36 (The Short Health Survey-36) ประยุกต์จากแนวคิดของ Ware et. Al. (1992) จำนวน 36 ข้อ แต่ละข้อเป็นมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 เกณฑ์การให้คะแนน คือ ถูกต้องที่สุดให้ 5 คะแนน ถูกต้องส่วนมากให้ 4 คะแนน ไม่ทราบให้ 3 คะแนน ไม่ถูกต้องส่วนมากให้ 2 คะแนน ไม่ถูกต้องเลย 1 คะแนน การแปลผล โดยรวมและรายด้าน คิดโดยนำคะแนนที่ได้มาเทียบเป็น 100 คะแนน จุดตัดที่ 50 คะแนน (Lermankul and Meetaem, 2005) คือ คะแนนโดยรวม = คะแนนที่ได้ x 100 คะแนนรวมทั้งหมด การแปลผล การมีภาวะสุขภาพดี (51-100) การมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี (0-50) คะแนน

ส่วนที่ 4 ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประยุกต์ตามแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) ประกอบด้วย 2 มิติ คือ 1) ภาระการดูแลเชิงปรนัย (Objective burden) และ 2) ภาระการดูแลเชิงปรนัย (Subjective burden) จำนวน 24 ข้อ ดังนี้

1) ภาระเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์และ ทัศนคติ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเชิงบวก 10 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 2 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คือ มากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 2 คะแนน และเล็กน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ คือ มากที่สุดให้ 1 คะแนน มากให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 4 คะแนน และเล็กน้อยที่สุดให้ 5 คะแนน

2) ภาระเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการดำเนินการเปลี่ยนแปลงของชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ การมีเวลาส่วนตัวลดลง ความมีอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้งหมด แบบสอบถามมีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงลบ คือ มากที่สุดให้ 1 คะแนน มากให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 4 คะแนน และเล็กน้อยที่สุดให้ 5 คะแนน การแปลผล โดยนำคะแนนที่ได้มาพิจารณาโดยแยกเป็นรายด้านและโดยรวม โดยมีคะแนนรวมเท่ากับ 24 -120 คะแนน การแปลผลโดยรวมคะแนนทั้งหมดทุกข้อ คะแนนมาก หมายถึง มีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อย

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม (Social Support Questionnaire: SSQ) ประยุกต์ตามแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) จำนวน 24 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ข้อคำถามเชิงบวก คือ มากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 2 คะแนน และเล็กน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ คือ มากที่สุดให้ 1 คะแนน มากให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 4 คะแนน และเล็กน้อยที่สุดให้ 5 คะแนน การแปลผลการสนับสนุนทางสังคมคะแนนตั้งแต่ 24 – 120 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนน้อยหมายถึงมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมน้อย

ส่วนที่ 6 ประเมินคุณภาพชีวิต ประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL- BREF) (Department of Mental Health, 2020) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวก คือ มากที่สุดให้ 5 คะแนน มากให้ 4 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 2 คะแนน และไม่เลยให้ 1 คะแนน ข้อคำถามเชิงลบ คือ มากที่สุดให้ 1 คะแนน มากให้ 2 คะแนน ปานกลางให้ 3 คะแนน เล็กน้อยให้ 4 คะแนน และไม่เลยให้ 5 คะแนน การแปลผลคุณภาพชีวิตคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน ได้แก่ ระดับดี (96-130 คะแนน) ระดับปานกลาง (61-95 คะแนน) และระดับไม่ดี (26-60 คะแนน)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 หลังจากโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการพิจารณารับรองจาก

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยจัดทำหนังสือและขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนรายละเอียดของการทำวิจัยและขออนุญาตดำเนินการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยนำหนังสือแนะนำตัวและขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี

3.3 ภายหลังจากได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้

3.4 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมิน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการตอบแบบสอบถามได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัยทราบ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามไม่อนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างพูดคุยหรือสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างคนอื่น ๆ

3.5 เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์อีกครั้ง ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามคืนหลังจากกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเสร็จ

3.6 ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของแบบประเมินอีกครั้ง คัดแยกแบบสอบถามที่สมบูรณ์และรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

4. สถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ตามที่กำหนดแล้ว นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยมีรายละเอียด ดังนี้

4.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าพิสัย (Range) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD)

4.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการดูแล ความเข้มแข็งในการมองโลก ภาวะสุขภาพ ภาระในการดูแล และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4.3 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายของคุณภาพชีวิตด้วยสถิติสมการถดถอยเชิงเส้นพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ทั้งนี้ก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจะทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ใช้ ซึ่งข้อมูลจะต้องมีแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution) ตัวแปรต้นแต่ละตัวจะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันหรือเป็นอิสระต่อกัน (Multicollinearity) ตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม (Linearity) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) และความเป็นอิสระของความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์/การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยบูรพา เลขรหัสที่ G-HS094/2565(E1) แล้วจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนและวิธีดำเนินการวิจัยที่กำหนดไว้ โดยปฏิบัติตามมาตรฐานจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ตลอดจนปกป้องศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัย และรักษาผลประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่างอย่างเท่าเทียมกัน ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

5.1 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของการวิจัย วิธีการวิจัย ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่างได้ทราบข้อมูล การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบรับเพื่อเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้เสมอ การปฏิเสธเข้าร่วมงานวิจัยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ต้องมีการแจ้งเหตุผลกับ

ผู้วิจัยและผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลของผู้ที่ถอนตัวจากการวิจัยทันทีสำหรับ

5.2 แบบสอบถามที่ตอบกลับมาแล้วจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลใด ๆ การเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งข้อมูลจะถูกเก็บไว้ในระบบที่มีรหัสผ่านของผู้วิจัย มีเพียงผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้ โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ผลการวิจัย

ผลการวิจัย

จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอนาจะหลวย จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 110 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.5 เพศชาย ร้อยละ 44.5 มีอายุเฉลี่ย 47.19 ปี ระยะเวลาในการดูแลเฉลี่ย 9.95 ปี มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50.0 จบชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 52.7 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 52.7 มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 75.5 ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.0 และผู้ดูแลมีความสัมพันธ์โดยเป็นบุตรของผู้ป่วย ร้อยละ 23.6

ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวม (Overall Quality of Life) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 69.1 (Mean= 85.71, SD= 16.38) เมื่อพิจารณาจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย (Physical Health) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80 (Mean= 23.22, SD= 4.12) คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Psychological Health) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.4 (Mean= 20.33, SD= 4.54) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social Relationships) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.5 (Mean= 9.48, SD= 2.22) และคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.6 (Mean= 26.15, SD= 5.44) (Table 1)

Table 1: Levels of Quality of Life among Caregivers of Individuals with Schizophrenia (n = 110)

Variable	Levels of Quality of Life, n (%)		
	High (96 – 130 points)	Moderate (61 – 95 points)	Low (26 – 60 points)
Overall Quality of Life	30 (27.3)	76 (69.1)	4 (3.6%)
	Mean= 85.71, SD= 16.38, Range (Actual/Possible)= 43-118/26-130		
Physical Health	18 (16.4)	88 (80)	4 (3.6)
	Mean= 23.22, SD= 4.12, Range (Actual/Possible)= 14-35/7-35		
Psychological Health	37 (33.6)	62 (56.4)	11 (10)
	Mean= 20.33, SD= 4.54, Range (Actual/Possible)= 9-30/6-30		
Social Relationships	22 (20)	71 (64.5)	17 (15.5)
	Mean= 9.48, SD= 2.22, Range (Actual/Possible)= 4-15/3-15		
Environment	29 (26.4)	70 (63.6)	11 (10)
	Mean= 26.15, SD= 5.44, Range (Actual/Possible)= 12-40/8-40		

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลป่วยจิตเภท พบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทุกตัวแปรมีความสัมพันธ์กันเชิงเส้นตรง และมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ไม่เกิน 0.80 ถือว่าไม่เกิดปัญหา Multicollinearity ดังนั้นจึงสามารถนำไปวิเคราะห์การถดถอยพหุต่อไป (Table 2)

ตัวย่อชื่อตัวแปรในการศึกษาครั้งนี้

QL หมายถึง คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

DC หมายถึง ระยะเวลาในการดูแล (Duration of Caregiving)

SW หมายถึง ความเข้มแข็งในการมองโลก (Strength in Worldview)

HS หมายถึง ภาวะสุขภาพ (Health Status)

CB หมายถึง ภาระในการดูแลผู้ป่วย (Caregiving Burden)

SS หมายถึง การสนับสนุนทางสังคม (Social Support)

Table 2: Analysis of Factors Associated with Quality of Life of Caregivers of Individuals with Schizophrenia Using Pearson's Correlation Coefficient (n = 110)

Variables	QL	DC	SW	HS	CB	SS
QL	1					
DC	0.086	1				
SW	-0.048	0.074	1			
HS	0.110	-0.056	0.076	1		
CB	-0.345*	-0.055	0.069	-0.135	1	
SS	0.322*	-0.036	0.035	0.71	-0.156	1

* p-value < .05

จากการวิเคราะห์อำนาจในการทำนายของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ภาระในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธีการแบบ Stepwise Regression พบว่าตัวแปรอิสระที่สามารถร่วมกันทำนาย (พยากรณ์) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถอธิบายการทำนายกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 19.3 (R^2 = 0.193) ได้แก่ ภาระในการดูแลผู้ป่วย (b = -0.199, β = -0.302, t = -3.43) เมื่อภาระในการดูแลเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจะลดลงโดยเฉลี่ย 0.199 หน่วย (เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นคงที่) และการสนับสนุนทางสังคม (b = 0.259, β = 0.276, t = 3.13) เมื่อได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 หน่วย คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลจะเพิ่มขึ้นโดยเฉลี่ย 0.259 หน่วย (Table 3)

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนดิบ (Raw Score Equation)

Quality of Life = 2.14 – 0.199(Caregiving Burden)
+ 0.259(Social Support)

เขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized Score Equation) $z_{\hat{y}} = -0.302(X_1) + 0.276(X_2)$

Table 3: Results of Multiple Regression Analysis Predicting Factors Influencing the Quality of Life Among Caregivers of Individuals with Schizophrenia (n = 110)

Variables	R	R^2 change	b	SE	β	t	P-value
Constant	-	-	2.14	0.268	-	7.98	< .001
(X_1) Caregiving Burden	0.119	0.119	-0.199	0.058	-0.302	-3.43	< .01
(X_2) Social Support	0.193	0.074	0.259	0.083	0.276	3.13	< .01
R^2 = .193, Adjust R^2 = .178, $F_{(2, 107)}$ = 12.79, p < .01							

อภิปรายผล

1. จากการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกตามองค์ประกอบคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางตรงของครอบครัว ทำให้การดูแลมีความเอื้ออาทร มีความรัก ความผูกพัน ความห่วงใย และคุ้นเคยกับผู้ป่วย ยอมรับการเจ็บป่วยและความเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในตัวผู้ป่วยได้ และมีการปรับตัวพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และพัฒนาตนเองกับประสบการณ์ต่าง ๆ ในการดูแล ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ทั้งนี้อายุเฉลี่ยส่วนใหญ่ของผู้ดูแลมีอายุเฉลี่ย 47.19 ปี เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เป็นวัยที่มีความรับผิดชอบสูงทั้งในครอบครัว สังคม และหน้าที่การงาน อีกทั้งยังวัยที่เป็นระยะเริ่มต้นของการเสื่อมโทรมและการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งร่างกายและจิตใจ อันเนื่องมากจากมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ซึ่งผู้ดูแลอาจจะเกิดความวิตกกังวล และความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจทำให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตได้ ผู้ดูแลมีระยะเวลาเฉลี่ยในการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 9.95 ปี ซึ่งช่วงระยะเวลาที่ผู้ดูแลได้ดูแลผู้ป่วยน่าจะสามารถปรับตัวและพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยและตนเองได้เพิ่มขึ้น แต่การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ซึ่งลักษณะของโรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งการดำเนินโรคมีอาการกำเริบเกิดขึ้นได้และลักษณะของโรคเป็นโรคแบบเรื้อรัง (Manoch and Pramote, 2015) ดังนั้นผู้ป่วยจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการช่วยเหลือการทำกิจกรรมประจำวันและการตัดสินใจแทนผู้ป่วยในแทบทุกเรื่อง การที่ผู้ดูแลต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล ส่งผลให้เกิดความเครียด เหนื่อยล้า และเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวลดลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจในชีวิตน้อยลง ผู้ดูแลจึงเกิดความรู้สึกเหนื่อยหน่ายและมีความพอใจในชีวิตน้อยลงได้ จึงอาจทำให้ผลการศึกษาครั้งนี้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Amara (2020) ที่พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Pitchuda (2021) ที่พบคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับบริการแบบผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ส่วนมากอยู่ในระดับดี

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วย (β = -0.302, p < .001) และการสนับสนุนทางสังคม (β = 0.276, p <.002) สามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 19.3 (R^2 = 0.193, p < .05) อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

2.1 ภาระในการดูแล จากผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (β = -0.302, p < .001) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลต้องรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ถือเป็นบทบาทที่เพิ่มขึ้นจากบทบาทเดิม ทำให้ผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามมากยิ่งขึ้น ใช้เวลาในการทำกิจกรรมนานขึ้นและในขณะเดียวกันก็ทำให้รู้สึกมีความลำบากมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระ ทำให้เกิดความเครียดและมีเวลาทำกิจกรรมตามความต้องการของตัวเองลดน้อยลง ความพึงพอใจในชีวิตที่ลดลงจึงส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงได้ Montgomery et al. (1985) ได้กล่าวว่าภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งเชิงอัตนัยและเชิงปรนัย เนื่องมาจากกิจกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องโดยไม่มีวันหยุด ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้ดูแลสูญเสียเวลาส่วนตัวไปและกิจกรรมทางสังคมลดลง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงได้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Krasin nad Saowanee (2023) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน จังหวัดลำปาง พบว่า คุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกเป็นภาระของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Klayanee (2015) ที่ศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลราชบุรีและโรงพยาบาลพระยายมราช จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (r=-0.629, p<.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Nipon et el. (2018) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ภาระการดูแล และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางหน้าท้องอย่างต่อเนื่อง พบว่า ภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่ได้รับการล้างไตทางช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (r = -0.524, p<.01)

2.2 การสนับสนุนทางสังคม จากผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (β = 0.276, p < .002) สามารถอธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในสังคมที่มีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Schaefer et al., 1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ และสภาพอารมณ์ที่มีต่อความเครียดจากการดูแลได้ ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Bengtsson-Top et al., 2001) การได้รับความช่วยเหลือ คำแนะนำ รวมทั้งได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินและการสนับสนุนสิ่งของเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวกในชีวิตประจำวัน จะทำให้ผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดและมีความพึงพอใจในชีวิตมากขึ้น การสนับสนุนทางสังคมทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจัดการปัญหาอุปสรรคในการดูแลได้ดีขึ้น ไม่มองภาระการดูแลเป็นความทุกข์ ปรับตัวกับความเหนื่อยหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pakinee et al. (2021) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายความผาสุกทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Sirichai and Narisa (2022) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (r = -0.485, p < .01) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Thanat (2022) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท (r=0.41, p < .01)

สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน ปัจจัยที่สามารถทำนายร่วมกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ภาระในการดูแลผู้ป่วย และการสนับสนุนทางสังคม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดรูปแบบหรือกิจกรรมที่ช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น เพื่อช่วยลดภาระการดูแลให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ในการเสนอนโยบายหรือแผนปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษารูปแบบหรือพัฒนาโปรแกรมเพื่อช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นเรื่องการสนับสนุนทางสังคม และภาระการดูแลผู้ป่วย

2.2 ควรศึกษาการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมหรือแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ดีขึ้น

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและประเทศ

3.1 การพัฒนาระบบสนับสนุนสำหรับผู้ดูแล กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนา

ระบบการสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับจังหวัดและประเทศ เช่น การให้บริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ หรือแพลตฟอร์มออนไลน์ที่ให้ข้อมูลและแนวทางการดูแล สนับสนุนให้มีการจัดตั้ง “ศูนย์สนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช” ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด เพื่อให้คำปรึกษา ฝึกอบรม และให้ความช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ดูแล

3.2 ควรมีการจัดตั้งกองทุนสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น เงินช่วยเหลือพิเศษ หรือสวัสดิการสำหรับผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน สนับสนุนให้มีโครงการฝึกอาชีพหรือสร้างงานที่สามารถทำจากที่บ้านได้ สำหรับผู้ดูแลที่ต้องหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย

3.3 ควรมีนโยบายสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแบบองค์รวม โดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข สังคมสงเคราะห์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สนับสนุนให้มีการพัฒนาระบบ Home-based Care ที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับการดูแลที่บ้าน ลดภาระของผู้ดูแล และลดความจำเป็นในการเข้าโรงพยาบาล

References

Amara, B. (2020). Factors related to quality of life of caregivers of schizophrenia patients in Chonburi Hospital. *Journal of Primary Care and Family Medicine*, 3(3), 35–45.

Ananttree, S. (2017). *Coping and adaptation of relatives caring for schizophrenia patients*. *Journal of Science and Technology, Eastern Asia University*, 11(3), 43-56.

Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social science & medicine*, 36(6), 725-733.

Bengtsson-Tops, A., & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77.

Cohen, J. (1997). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155

Department of Mental Health. (2020, July 10). *Schizophrenia and caregiver manual*. http://www.dmh.moph.go.th

Health Data Center. (2024, September). *Public health data, Ubon Ratchathani province*. https://hdc.moph.go.th/ubn/public/main

Klayanee A. et al. (2015). Selected factors related to quality of life of caregivers of schizophrenic patients providing home care. *Royal Thai Police Nursing Journal*, 7(1), 128–140.

Krasin K. & Saowanee K. (2023). Quality of life and influencing factors on caregiver burden among caregivers of chronic schizophrenia patients in Lampang province. *Journal of the Department of Medical Services*, 48(1), 80–86.

Leurmarnkul W. & Meetam P. (2005). Properties testing of the retranslated SF-36 (Thai version). *The Thai Journal of Pharmaceutical Sciences*, 29(1), 69–88. https://doi.org/10.56808/3027-7922.2230

Manoch L. & Pramote S. (2015). *Ramathibodi psychiatry*. Bangkok: Beyond Enterprise Co., Ltd.

Montgomery R.J.V. et al. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(4), 19-26.

McGorry P.D. et al. (2002). Early intervention-an implementation challenge for 21st century mental health care. *JAMA Psychiatry*, 69(11), 1158-1160.

Möller-Leimkühler, A. M. (2005). Geschlechtsrolle und psychische Erkrankung. Journal für Neurologie. *Neurochirurgie and Psychiatrie*, 6(3), 29-35.

Nipon K. et al. (2018*).* Relationship between selected caregiver burden factors and quality of life of relatives of patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Health and Nursing Education*, 24(2), 108–129.

Pakinee D. et al. (2021). Factors affecting mental well-being of caregivers of schizophrenia patients. *Ministry of Public Health Nursing Journal*, 30(3), 170.

Piawpongpakawat, A. (2018). Factors affecting burden among caregivers of patients with schizophrenia in Nong Ki Hospital, Buriram Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 12(28), 72–74.

Pitchuda, W. (2021). Quality of life of caregivers of schizophrenia patients at Phra Chomklao Hospital, Phetchaburi Province. *Journal of Medical Region 4-5*, 40(1), 19–29.

Pojchanan, K. (2010). *Effects of family-centered psychiatric care program on medication adherence in schizophrenia patients at Phetchabun Hospital,* [thesis of Master of Nursing Science]. Graduate School: Chiang Mai University.

Schaefer C. et al. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of behavioral medicine*, 4(4), 381-406.

Sirichai M. & Narisa W. (2022). Mental health literacy, social support, and quality of life of caregivers and their burden of care for chronic schizophrenia patients. *Journal of Nursing Science and Health*, 45(2), 100–112.

Srisatitanarakul, B. (2010). Sample size determination and adjustment for anticipated data loss. *Journal of Nursing Research*, 18(1), 45–52.

Suwanmaitree S. et al. (2017). *A handbook for the care of patients with schizophrenia for hospitals in health regions* (2nd ed.). Nonthaburi: Victoria Image.

Thanat, A. (2022). Perception and social support of caregivers of schizophrenia patients related to medication adherence in Waeng District, Narathiwat Province. *Journal of Health Behavior and Society*, 16(1), 45–59.

Wanpen, U. (2007). *Predicting factors of quality of life in caregivers of cancer patients receiving chemotherapy*, [thesis of Master of Nursing Science]. Graduate School: Mahidol University.

Ware J. E. et al. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483. https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment*. World Health Organization.

World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia