



รายงานการวิจัย

เรื่อง

การศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

The Study of Burden on Schizophrenic patient
Caregiver in Khonkaen Psychiatric hospital

นางวรารัตน์ ทะมั่งกลาง
นางสگارัตน์ พวงลัดดา

เลขทะเบียน.....	20080014
วันที่.....	16 ม.ค. 2549
เลขเรียกหนังสือ.....	กข. นค 35
.....	1070 0845 ค.9

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

พ.ศ 2545

ISBN 974 - 296 - 371 - 1

(โครงการวิจัยนี้ ได้รับทุนอุดหนุนวิจัยจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พ.ศ 2544)

รายงานการวิจัย	การศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น	
เจ้าของ	โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข	
ผู้วิจัย	นางวรารัตน์	ทะมั่งกลาง
	นางสกาวรรัตน์	พวงถั้ดดา
ISBN	974 – 296 – 371 – 1 (สงวนลิขสิทธิ์)	

พิมพ์ที่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ. เมือง จ. ขอนแก่น
โทร. 0-4322-7422

การศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Discriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน 2544 ถึงเดือนกรกฎาคม 2544 กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จำนวน 250 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย และส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท สร้างโดยสกวรัตน์ ภูผา (2543) มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย วิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Kolmogorov Smirnov One Sample Test วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ Anova, Kruskal Wallis Test และ Maun – Whitney Test

ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

1. ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 46-60 ปี สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นบิดา มารดา มากที่สุด รองลงมาคือ พี่น้อง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยนานมากที่สุด คือ 2-4 ปี
2. ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 66 เมื่อพิจารณาแยกภาระการดูแลออกเป็นด้านรูปธรรมและนามธรรม ผลการศึกษาพบว่าภาระทั้ง 2 ด้าน อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 67.2 และร้อยละ 64.4
3. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีปัจจัยด้านอาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พฤติกรรมผู้ป่วย และรายได้ของผู้ดูแลมีผลต่อภาระของการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยได้เสนอแนวทางในการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อลดภาระการดูแล ควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

Abstract

This descriptive research aimed to study the levels of caregivers' burdens of care, and factors influencing these burdens, in providing assistance to schizophrenic patients at Khonkaen Psychiatric Hospital. Through systematic random sampling, a sample was obtained which consisted of 250 caregivers who cared for schizophrenic patients and who brought the patients to an outpatient department of Khonkaen Psychiatric Hospital between April and July 2001.

The study's instruments were comprised of three components including a demographic data form for the schizophrenic patient's caregiver, a patient's data recording form, and an interview form for caregiver's burdens of care in providing assistance to the schizophrenic patient, which was developed by Poupa (2000), with a reliability level of 0.90. The descriptive data were analyzed through the Kolmogorov-Smirnov One Sample Test, while the data concerning the factors influencing caregivers' burdens of care were analyzed through ANOVA, the Kruskal-Wallis Test, and the Mann-Whitney Test.

The results of the study were as follows:

Most of the schizophrenic patients' caregivers were females, aged between 46 and 60 years, were married, had graduated primary school, were farmers, and had inadequate amounts of financial income. Most of the caregivers were the patients' parents, while the secondary caregivers were the patients' siblings. The maximum duration of care for schizophrenic patients was about 2-4 years.

In general, the burdens of care in most of the schizophrenic patients' caregivers (66%) were at a low level. About 67.2% of the caregivers had a low level of objective burdens of care, and 64.44% of caregivers also had a low level of subjective burdens of care.

The factors that influenced caregivers' burdens of care in providing assistance to schizophrenic patients consisted of occupation, marital status, relationships between the caregivers and patients, patients' behaviors, and caregivers' income, with the statistically significant level of 0.05.

From the results of this study, the researchers suggest a guideline to be used to support schizophrenic patients' caregivers in order to reduce their burdens of care when providing assistance to the patients.

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัย เรื่อง การศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี จากความร่วมมือหลายฝ่าย ดังนี้

นายแพทย์อภิชัย มงคล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่กรุณาอนุญาตให้ทำวิจัย และเป็นที่ปรึกษาโครงการวิจัย ตลอดจนอนุมัติทุนอุดหนุนวิจัยในครั้งนี้

รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ ที่ได้ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์กัณทิลา อิฐรัตน์ ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็น คำแนะนำ และตลอดจนตรวจสอบแก้ไขต้นฉบับ ด้วยความเอาใจใส่

คุณเกษร แก้วโนนจิว นักวิชาการควบคุมโรค 7 วช. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น ที่ช่วยวิเคราะห์ข้อมูล

หัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก และเจ้าหน้าที่ทุกคน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการใช้สถานที่ และอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการดำเนินการวิจัยทำให้งานสำเร็จเป็นรูปเล่มที่สมบูรณ์

คณะผู้วิจัยใคร่ขอขอบพระคุณผู้มีอุปการะคุณ ดังได้กล่าวนามมาข้างต้น ณ โอกาสนี้

วรารัตน์ ทะมั่งกลาง

มีนาคม 2545

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
สารบัญตาราง	ฉ

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา	1
ปัญหาในการวิจัย	5
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
ขอบเขตในการทำวิจัย	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	5
ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย	6

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคจิตเภท	7
ความหมายของภาระการดูแล	11
ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	12
ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	13
ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	18
การประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	22

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	25
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	26
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล	27
สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล	27
การวิเคราะห์ข้อมูล	28

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล

ผลการวิจัย

29

อภิปรายผล

39

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

44

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

50

เอกสารอ้างอิง

55

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์

61

ภาคผนวก ข แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

67

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส	30
ตารางที่ 2	จำนวนร้อยละของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้	31
ตารางที่ 3	จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแล	32
ตารางที่ 4	จำนวนร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามอายุ เพศ พฤติกรรม / อาการ และจำนวนครั้งในการ Admitted	33
ตารางที่ 5	ระดับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	34
ตารางที่ 6	ระดับการดูแลด้านรูปธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	35
ตารางที่ 7	ระดับการดูแลด้านนามธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	35
ตารางที่ 8	ผลการศึกษาระหว่างระดับการศึกษากับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	36
ตารางที่ 9	ผลการศึกษาระหว่างอาชีพกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	36
ตารางที่ 10	ผลการศึกษาระหว่างสถานภาพสมรสกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	37
ตารางที่ 11	ผลการศึกษาระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วยกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	37
ตารางที่ 12	ผลการศึกษาระหว่างพฤติกรรมผู้ป่วยกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	38
ตารางที่ 13	ผลการศึกษาระหว่างเพศกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	38
ตารางที่ 14	ผลการศึกษาระหว่างรายไดกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท	39

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่พบบ่อย จากสถิติผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ 2544 พบว่า ประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช 1,371,259 คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภทถึง 323,730 คน (ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2544) นับว่าเป็นจำนวนที่สูงมาก และ จากสถิติของโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตที่เข้ามารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก ปี พ.ศ 2544 จำนวน 93,993 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทถึง 54,264 คน คิดเป็นร้อยละ 57.73 (หน่วยเวชระเบียน โรงพยาบาลสมเด็จพระยา, 2544)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคจิตที่มีอาการเรื้อรัง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในด้าน การรับรู้ อารมณ์ และ พฤติกรรม ลักษณะของความผิดปกติที่พบบ่อย คือ หลงผิด ประสาทหลอน การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้น พุดน้อย และ ไม่แสดงออก (Anderasen et al., 1990) สถิติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทพบได้ในอัตราร้อยละ 1 ของจำนวนประชากรทั่วไป (Provencher et al., 1997) จำนวนของผู้ป่วยโรคจิตที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า โรคจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปี 2544 มีจำนวน 19,290 คน คิดเป็นร้อยละ 27.26 ของผู้ป่วยโรคจิตที่มารับการรักษาทั้งหมด 70,761 คน และ พบมากเป็นอันดับหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตที่มารับบริการ ทั้งหมด จำแนกตามโรค 10 โรคแรก ประจำปีงบประมาณ 2544 (รายงานประจำปี โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2544)

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด การรับรู้ไม่ตรงตามความเป็นจริง มีพฤติกรรมไม่ปกติ รวมทั้งมีอารมณ์แปรปรวนร่วมด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งการดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลายาวนาน และ ต่อเนื่อง (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) และ พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่สนองตอบต่อการรักษา และ ต้องการดูแลตลอดชีวิต ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งในอดีตผู้ป่วยโรคจิตมักได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน หรือบางรายต้องอยู่โรงพยาบาลไปตลอดชีวิต (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538)

จากการศึกษาติดตามผล การดำเนินของโรคในผู้ป่วยจิตเภท 5 ปี พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 78 จะมีลักษณะดำเนินโรคเรื้อรัง และ มีอาการเกิดขึ้นหลายครั้ง หรือเรียกว่า “การกำเริบซ้ำ” (Relapse) ซึ่งการกำเริบซ้ำ ยังเกิดขึ้นบ่อยเท่าใด ศักยภาพในการดำรงชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วย จะเสื่อมถอยลงเท่านั้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) การกำเริบซ้ำนอกจากจะสร้างความทุกข์ทรมาน แก่ผู้ป่วยแล้ว ยังก่อให้เกิดภาระอย่างใหญ่หลวงต่อครอบครัว ต้องนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบ่อยๆ ก่อให้เกิดภาระ และ การสูญเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัว สังคม และ ประเทศชาติ การป้องกันปัญหาการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ควรพิจารณา และ ในทำนองเดียวกัน องค์การอนามัยโลก ได้เล็งเห็นความสำคัญของโรคจิตเวช เนื่องจากเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเดือดร้อน แก่ประชาชนทั่วไป รวมทั้งผู้ป่วยจิตเวชนั้น มักจะกลับมารักษาซ้ำได้อีก ทำให้สูญเสียทั้งเวลา และ ทรัพย์สินในการรักษาพยาบาล และ ญาติพี่น้อง ต้องเสียเวลาในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งความสูญเสียเหล่านี้ ไม่สามารถประเมินค่าได้ว่ามากมายเพียงใด (ปรีชา อินท, 2541) ผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยทางจิตใจ อาจมีสาเหตุจากทางร่างกาย หรือ อารมณ์ ทำให้นुकลดความสามารถในการปรับตัว เป็นผลให้เกิดความแปรปรวน ทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ และ พฤติกรรม จนไม่สามารถตอบสนองความต้องการของชีวิตได้ โดยแสดงออกในลักษณะของความผิดปกติในความคิด พฤติกรรม และ อารมณ์เปลี่ยนไปจากเดิม ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ต่ำลง การสื่อสาร การเข้าใจสถานะความเป็นจริงบกพร่อง มีความคิดหลงผิด และ ประสาทหลอน (จดี เจริญสรรพ, 2538) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เป็นบุคคลซึ่งมีความเสื่อมถอยในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเอง ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การไม่สามารถสร้าง และ คงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ การเรียน และ การปฏิบัติงานเสื่อมถอยลง (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) อันมีสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง คือ ครอบครัว และ ชุมชน ไม่ได้รับการเตรียมตัวให้พร้อม ที่จะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย และ ขาดความพร้อมในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย (ศิริพร จิรวรรณกุล, 2536 ; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538)

แนวทางการรักษาผู้ป่วยจิตเวช ในปัจจุบันมีจุดมุ่งหมาย ให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนมากที่สุด และ ได้พยายามรักษาในรูปแบบของผู้ป่วยนอก มากกว่า ที่จะทำให้อยู่รักษาในโรงพยาบาล (นันทนา รัตนกร, 2536 ; เพลินพิศ จันทรศักดิ์ : ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) การที่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานานเกินไปนั้น ไม่ก่อให้เกิดผลดีแก่ผู้ป่วย แต่อาจเป็นผลเสียต่อการปรับตัวในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ในสังคมมากยิ่งขึ้น (นันทนา รัตนกร, 2536)

ในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวช มีนโยบายที่จะรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาก่อนมีอาการรุนแรงอยู่ในช่วงวิกฤต และ ใช้ระยะเวลาสั้นๆ เพียง 3-4 สัปดาห์ (กรมสุขภาพจิต, 2541) ประกอบกับแนวโน้มของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยทั่วไป เป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวช ให้อยู่กับครอบครัว และ ชุมชนให้มากขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541) เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาการทุเลา หรือ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้น แพทย์จะอนุญาตให้กลับบ้านได้ เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้าน ซึ่งส่งผลให้ครอบครัว เป็นบุคคลสำคัญในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพราะการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล กลับเข้าสู่ครอบครัว และ ชุมชนโดยเร็วที่สุด ส่งผลให้ครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพราะไม่เพียงแต่ดูแลความต้องการพื้นฐานของผู้ป่วยโดยทั่วไปแล้ว ยังต้องจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยด้วย (Reinhord, 1994) จากการศึกษาพบว่า บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย คือ บิดา หรือมารดาสามี หรือ ภรรยา พี่ หรือ น้อง และ บุตร (Rose, 1996 ; วรกช นิธิกุล, 2535) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นการกระทำที่นอกเหนือจากที่เคยปฏิบัติอยู่เป็นประจำ จึงส่งผลให้แบบแผนในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Musolf, 1991) ผู้ดูแลมีความยากลำบากในการดูแล ความยากลำบากดังกล่าว เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแล รับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งไม่พึงปรารถนา หรือเรียกว่า ภาระ (Bull, 1990)

จากการศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงแรกๆ จะเป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด ที่เกิดขึ้นจากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย (Grad and Sainsbury cited by Loukissa, 1995) สำหรับในประเทศไทยเองก็เช่นเดียวกัน ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียด ความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท (วรกช นิธิกุล, 2535) ต่อมาได้มีการจัดหมวดหมู่ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เห็นชัดเจนขึ้น โดยแบ่งออกเป็น ภาระด้านรูปธรรม (Objective burden) และ ภาระด้านนามธรรม (Subjective burden) ภาระด้านรูปธรรม เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นอย่างเห็นได้ชัดจากการดูแลผู้ป่วย ส่วนภาระในดานนามธรรม เป็นความรู้สึกภายในที่เกิดขึ้นจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นอารมณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น กลัว โกรธ กังวล เป็นต้น (Provencher, 1996)

ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ความยากลำบาก ความเครียดที่เกิดขึ้น จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ภาระการดูแลเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านเศรษฐกิจ การดำรงชีวิตประจำวัน ด้านกิจกรรมการพักผ่อนของครอบครัว ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และ ด้านสุขภาวะสุขภาพกาย และ สุขภาพจิต รวมทั้งความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้น กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (รัชนิกร อุปเสน, 2541) ภาระต่างๆ ที่เกิดขึ้น ส่งผล

กระทบโดยตรงต่อผู้ดูแล เพราะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความทุกข์ และ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังจะเห็นได้จากการที่เกิดการทอดทิ้งผู้ป่วยไว้ที่โรงพยาบาล ไม่ยอมมารับผู้ป่วยกลับ ทั้งๆ ที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว ปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญ เพราะหากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่ได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดภาระการดูแล จะส่งผลให้โรงพยาบาลต้องรับภาระดูแลผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และสิ่งสำคัญคือการศึกษาระยะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ได้มีการศึกษาภาระของการดูแล พบว่า ภาระในด้านรูปธรรม ที่เห็นได้ชัดเจน คือ ภาระด้านเศรษฐกิจ การดำรงชีวิตประจำวัน กิจกรรมการพักผ่อนของผู้ดูแล ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และ ภาระสุขภาพกายสุขภาพจิตของผู้ดูแล ส่วนภาระด้านนามธรรมเป็นความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย (Pai, Kapur, 1981 : Greenburg et al., 1993 ; Eakes, 1995 : รัชนิกร อุปเสน, 2541) ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล ได้มีการศึกษาพบว่า เพศ อายุ ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแล ระยะเวลาในการดูแล และ พฤติกรรมของผู้ป่วย มีผลต่อภาระการดูแล (Thomson , Doll, 1982 : Montgomery Gonyea and Hooyman, 1985 อ้างถึงในเฟื่องลดา เคนชัยวงศ์ (2539) : Coward , Dwyer, 1990 : Cook et al., 1994 : Biegel et al., 1994 : Reinhard , Horwitz, 1995) การเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลจะช่วยให้พยาบาลจิตเวช สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้สอดคล้องกับปัญหา และ ความต้องการของผู้ดูแล

เนื่องจากภาระของผู้ดูแลก่อให้เกิดปัญหาต่อผู้ดูแลมาก และ ยังทำให้คุณภาพชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยลดลง (Carey and others, 1991) สำหรับประเทศไทยผลของภาระของผู้ดูแลดังกล่าว อาจทำให้นโยบายพัฒนาประเทศตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ ที่เน้นให้บุคคลเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา คนทุกคนต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ การศึกษาระยะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงเป็นสิ่งจำเป็น จากการศึกษาเอกสารงานวิจัยของต่างประเทศ พบว่า มีการศึกษาเรื่องภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวนมากทำให้สามารถพัฒนาแนวทางการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ ส่วนในประเทศไทยได้มีการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน แต่ไม่ได้มีการศึกษาระยะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยตรง ดังนั้นก่อนที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงควรได้มีการศึกษาระยะของผู้ดูแลก่อน เนื่องจากประเทศไทยมีวัฒนธรรมแตกต่างจากต่างประเทศ ลักษณะของภาระการดูแล และ

ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแล อาจแตกต่างกันได้ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการตรวจรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ซึ่งรับผิดชอบในเขต 6 มี 7 จังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อนำผลวิจัยมาใช้ เป็นแนวทางในการส่งเสริมการปรับตัว เพื่อลดภาระการดูแลให้สามารถเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย และ พัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ปัญหาในการวิจัย

- 2.1 ระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นอย่างไร
- 2.2 ปัจจัยอะไรบ้างที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

3. วัตถุประสงค์การวิจัย

- 3.1 เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านต่างๆ ดังนี้
 - ภาระด้านรูปธรรม
 - ภาระด้านนามธรรม
- 3.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาในการดูแล และพฤติกรรมของผู้ป่วย

4. ขอบเขตในการทำวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน 2544 ถึงเดือนมิถุนายน 2544 จำนวน 250 คน

5. คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ภาระของผู้ดูแล หมายถึง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ลักษณะ คือ ภาระในด้านรูปธรรม เป็นผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ งานประจำของผู้ดูแล กิจกรรมการพักผ่อน ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ส่วนภาระใน

เชิงนามธรรม เป็นความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท แปร และ คัดแปลงมาจาก แบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ของ Pai & Kapur (1981) โดยสกาเวิร์ตน์ (2543) ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้ ในการวัดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ภาระในเชิงรูปธรรม (Objective burden) หมายถึง ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากบทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สามารถสังเกตได้ ได้แก่ ความยุ่งยาก ด้านเศรษฐกิจ การพักผ่อน ปัญหาทางด้านสุขภาพ และ ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

ภาระในเชิงนามธรรม (Subjective burden) หมายถึง ความรู้สึก ความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแล จากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูญเสียงานประจำ สูญเสียเวลาในการพักผ่อน ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ความรู้สึกเป็นตราบาป เป็นต้น

ผู้ดูแล หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลโดยตรงต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน มีความเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา คู่สมรส บุตร และ ญาติ ที่พักอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งเป็น ผู้รับผิดชอบดูแลอยู่ใกล้ชิด และ ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด ให้การดูแลผู้ป่วย มาแล้วไม่ต่ำกว่า 4 สัปดาห์ โดยไม่ได้รับค่าจ้าง หรือ เงินตอบแทนในการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามมาตรฐานการ จำแนกโรค ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV (APA, 1995)

6. ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากร ในการวางแผนเพื่อลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. เป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือ เพื่อลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ตรงกับปัญหา และ ความต้องการ
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับภาระการดูแล และ การวิจัยเกี่ยวกับการหาวิธีการ เพื่อลดภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. เป็นข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
2. ภาระการดูแล
3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
5. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
6. การประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

1. โรคจิตเภท

ความหมาย และ ลักษณะอาการ

โรคจิตเภท เป็นความผิดปกติทางจิต ที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลายๆ สาเหตุ โดยแนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ stress diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยมีแนวโน้ม หรือ จุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยแนวโน้ม หรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคม หรือหลายปัจจัยร่วมกัน (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุนธิชัย, 2543)

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน DSM-IV ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวก และ อาการด้านลบ (APA, 1995)

อาการด้านบวก ประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และ ความผิดปกติของพฤติกรรม ความคิดหลงผิดที่พบบ่อย ได้แก่ อาการหลงผิดคิดไปเองว่ามีคนปองร้าย มีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน อาการหลงผิดบางชนิดมีความสำคัญมาก เพราะพบในโรคจิตเภทบ่อยกว่าโรคจิตชนิดอื่น เช่น เชื่อว่าความคิด และ การกระทำของตนถูกควบคุมโดยอำนาจบางอย่างเชื่อว่า ความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมองด้วยอำนาจบางอย่าง เชื่อว่า

ความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตน แต่เป็นความคิดของคนอื่นใส่เข้ามาในสมองตน เชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียงทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตน นอกจากนี้ผู้ที่เป็โรคจิตเภท จะมีอาการประสาทหลอนชนิดต่างๆ และ ที่พบบ่อยที่สุด คือ หูแว่ว โดยเสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียง หรือ คำพูด คำพูดที่พบบ่อยคือเสียงคนว่าหรือสบประมาท หรือพูดเรื่องเกี่ยวกับตน เสียงคนสองคน หรือ มากกว่าพูดคุยกัน เสียงคนพูดวิจารณ์ความคิด หรือ การกระทำของตน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจรับฟังเฉยๆ หรือ พูดโต้ตอบหรือรู้สึกกลัว ความผิดปกติของคำพูด ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะพูดไม่รู้เรื่อง บางครั้งไม่ปะติดปะต่อเป็นเรื่องราวเดียวกัน โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ส่วนความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆ ตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก จนถึงพละ่านพละนกระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก หรือ แต่งตัวในลักษณะประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกน หรือ กล่าวคำหยาบ อาการนี้มักพบในผู้ที่เป็โรคจิตเภท ซึ่งเป็นแบบเฉียบพลัน อาการที่สำคัญคือ ไม่เคลื่อนไหว ไม่พูด และไม่รับรู้ความเป็นไปของสิ่งแวดล้อม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักจะต่อต้าน และ ทำตรงข้ามกับคำสั่ง ซึ่งมีลักษณะแปลกประหลาดเป็นเวลานานๆ หรือ มีอาการคลุ้มคลั่ง

อาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆ ไปควรมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และ ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด อารมณ์เฉยเมย แสดงออกโดยสีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือการแสดงกิริยาท่าทาง พูดน้อย หรือไม่พูด แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อย และ ไม่สนใจที่จะตอบ ขาดความสนใจในการทำกิจกรรมทุกชนิด แสดงออกโดยไม่สามารถเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งเฉยเป็นเวลานานๆ และ ไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงาน หรือ กิจกรรมด้านสังคม

การดำเนินโรค และการรักษา

ในการวินิจฉัยผู้ที่เป็โรคจิตเภท จะต้องมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน โดยมีอาการในระยะอาการชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิต และ หน้าที่การงาน (APA, 1995)

ลักษณะการดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการชัดเจน และ ระยะอาการหลงเหลือ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุทธิชัย, 2543 : APA, 1995 ; Elizabeth, 1999) ระยะเริ่มมีอาการ เป็นระยะที่เริ่มมีอาการเล็กน้อย มีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็น

ค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือ ด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือ การทำงาน ญาติ หรือ คนใกล้ชิดมักสังเกตเห็นว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มจากเก็บตัวมากขึ้น ไม่ไปไหน อาจหันไปสนใจเรื่องทางด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือ เรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และ โดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อใด โดยเฉลี่ยระยะเวลานานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดี หากระยะนี้เป็นอยู่นาน และ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พฤติกรรมจะดูแย่ลงเรื่อยๆ การรักษาในระยะนี้ ได้แก่ การรักษาทางจิตสังคม การให้ความรู้เรื่องของพฤติกรรมความเสี่ยงที่เกิดจากอาการ และ อาการแสดงของโรคจิตเภทแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ญาติหรือผู้ดูแล หรือ แพทย์อาจให้ยารักษาโรคจิตในขนาดต่ำในช่วงเวลาที่จำกัด หากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการแย่ลง หรือ มีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

ระยะอาการชัดเจน จะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก และ มีความผิดปกติมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ระยะนี้ ญาติมักพาผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการที่กำเริบให้ได้เร็วที่สุด จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย และ เพื่อสร้างสัมพันธภาพในการรักษากับผู้ป่วยโรคจิตเภท และ ญาติ การรักษาในระยะนี้ ได้แก่ การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม (มานุษย หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2543) ซึ่งการรักษาด้วยยาถือเป็นหัวใจของการรักษา เพราะยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะอาการด้านบวกจะเห็นผลชัดใน 1 สัปดาห์ และ สูงสุดในสัปดาห์ที่ 6 และ ระหว่างการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีอาการข้างเคียง เช่น กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง น้ำลายไหล ปากคอแห้ง เป็นต้น การรักษาด้วยไฟฟ้า ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ตอบสนองต่อการรักษา หรือ ในรายที่มีอาการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และ มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบชักเกร็ง ซึ่งผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา ส่วนการรักษาทางจิตสังคม เป็นการเปิดโอกาสให้ญาติและ ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทตั้งแต่เริ่มป่วย การให้ความรู้กับญาติ และ ผู้ดูแลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ การดำเนินโรค การรักษา และ บริการที่สามารถจัดหาให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

ระยะอาการหลงเหลือ เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มทุเลา อาการด้านบวกอาจยังมีอยู่ แต่ความรุนแรงลดลง และ สามารถกลับไปอยู่กับครอบครัว และ ชุมชนได้ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยโรคจิตเภท จะยังคงมีความบกพร่องทางสังคม มีการแสดงสีหน้าที่ผิดปกติ การควบคุมพฤติกรรมยังไม่ค่อยดี ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การแก้ไขปัญหาประจำวันยังไม่ได้เท่าที่ควร อาจเสี่ยงต่อ

การใช้สารเสพติด อาจไม่ร่วมมือในการรับประทานยา เนื่องจากผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ซึ่งผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต เป็นสาเหตุหนึ่งที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ยอมรับประทานยา และ กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ (ประไพศรี บุรณางกูร, 2538 ; ภาวดี การเร็ว, 2541) ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจ มีอารมณ์ซึมเศร้า และ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือ อาจมีอาการนอนไม่หลับ การ รักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัว และ ชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทจะถูกรับไว้รักษา ในโรงพยาบาลเฉพาะช่วงสั้นๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จึงเป็น หน้าที่ของญาติ หรือ ผู้ดูแล ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ รวมทั้ง ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และ ป้องกัน ผลข้างเคียงของการรักษา การรักษาในระยะนี้ประกอบด้วย การรักษาด้วยยา และ การรักษาทางจิต สังคม โดยผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท จะได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 5 ปี หรือ ตลอดชีวิตในผู้ที่ เป็น โรคจิตเภทมากกว่า 1 ครั้ง ขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ระยะแรกๆ ส่วนการรักษาทางจิตสังคมมุ่งเน้นที่ การเพิ่มทักษะของผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท ในการสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในแง่บวก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ประกอบด้วย การฝึกทักษะในการดำรงชีวิตพื้นฐาน การฝึกความ ชำนาญในการเข้าสังคม การฟื้นฟูด้านการรับรู้ และการฟื้นฟูอาชีพ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) และ จากการทบทวนเอกสาร และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การดูแล จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท หากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการหลงเหลืออยู่ไม่มาก ผู้ดูแล มักไม่ต้องให้การช่วยเหลือมากนัก โดยอาจเป็นลักษณะของการเตือน หรือ กระตุ้น (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์, 2538) และ หากผู้ป่วยโรคจิตเภทยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่มาก ผู้ดูแลจำเป็นต้อง ช่วยเหลือหรือปฏิบัติให้เกือบทั้งหมด (รัชนิกร อุปเสน, 2541)

มีผลการศึกษาจำนวนมากพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักอยู่ในชุมชนได้ไม่นาน ก็จะกลับเข้า รับการรักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบ เนื่องจากไม่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลดีเท่าที่ควร ดังเช่นการศึกษา ของวัชรภรณ์ ลือไชสงค์ (2541) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่าในช่วงแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลจะเข้าใจ และยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ รวมทั้งดูแลเอาใจใส่ และดูแลเรื่องการรับประทาน ยารักษาโรคจิตอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถอยู่บ้านได้นาน แต่เมื่อเวลาผ่านไป อาการของผู้ป่วยยังเหมือนเดิม ผู้ดูแลจะเกิดความลำบากใจ เบื่อหน่าย และ รู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภทเป็นภาระมาก จนมีผลทำให้ผู้ดูแลไม่สนใจดูแลไม่ไปปรึกษาให้ หรือ เกิดภาวะทอดทิ้ง ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นเหตุให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดอาการกำเริบ และ ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ในที่สุด

2. ภาระการดูแล

ความหมายของภาระการดูแล

ในช่วงแรกของการศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว จากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย โดยในช่วง ค.ศ. 1960 ถึง 1970 เป็นการศึกษาลักษณะอาการ และ พฤติกรรม ระดับการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ที่เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดภาระการดูแล ทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 17 คน เพื่อดูความสัมพันธ์ของความเดือดร้อนที่เกิดจากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย แต่ยังไม่ได้มีการให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลได้ชัดเจน ธิบายไว้เพียงว่า การที่ผู้ป่วยอยู่ในความดูแลนั้น ส่งผลให้มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้ป่วย ปัญหาการดำรงชีวิตประจำวัน ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล และ ปัญหาด้านความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแล (Grad, Sainsbury, 1963 cited by Loukissa, 1995) 2 ปีต่อมา Hoening, Hamilton (1996) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแล โดยแยกภาระการดูแลออกเป็นสองส่วน คือ ภาระด้านรูปธรรม (objective burden) และ ภาระด้านนามธรรม (subjective burden) ภาระด้านรูปธรรม หมายถึง ปัญหาความยุ่งยากที่เกิดขึ้น กับผู้ดูแลจากการที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช เช่น ปัญหาการดำรงชีวิตประจำวันของครอบครัว ปัญหาสุขภาพของผู้ดูแล ปัญหาความวุ่นวายในครอบครัวที่เกิดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงปัญหาการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นของครอบครัว ส่วนภาระด้านนามธรรม หมายถึง ความรู้สึกที่เป็นปฏิกิริยาทางจิตใจของผู้ดูแลที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน ความอับอาย ความโกรธ ความกังวล และความเศร้า

หลังจากนั้น Thompson , Doll (1982) ได้เสนอความคิดเห็นไว้ว่าภาระของผู้ดูแล หมายถึง ความเดือดร้อนทางด้านจิตใจ ความรู้สึกอับอาย ความรู้สึกขุ่นเคือง และความรู้สึกต้องแบกรับภาระมากขึ้น ส่วน Platt (1985) แสดงความคิดเห็นว่า ภาระการดูแล หมายถึง การเกิดปัญหาความยุ่งยากต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช เช่น ด้านเศรษฐกิจ การดำรงชีวิตประจำวันของสมาชิกในครอบครัว การใช้เวลาว่าง และ ปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงภาวะสุขภาพกาย และ สุขภาพจิตของสมาชิกในครอบครัว ในปี ค.ศ. 1987 Lefley ได้แบ่งภาระของผู้ดูแลออกเป็นสองส่วนเช่นเดียวกับ Hoening , Hamilton (1966) แต่เป็นในลักษณะภาระทางด้านการเงิน และ ภาระทางอารมณ์ ภาระทางการเงินเป็นเรื่องเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ในการรักษาผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ส่วนภาระทางอารมณ์นั้นมีสาเหตุ 2 ประการ คือ

- 1) ความเครียดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และ ระดับความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยที่ลดลง

2) ระบบการดูแลรักษาที่ไม่ได้ให้ความช่วยเหลือครอบครัวดีพอ

สำหรับการศึกษาความหมาย เกี่ยวกับการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ไม่ได้มีการศึกษาที่ชัดเจนเกี่ยวกับการดูแลโดยตรง แต่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท (วรกช นิธิกุล, 2535) ซึ่งได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับญาติ เช่น ไม่สบายใจ วิตกกังวล หรือ ก้าว อັນมีสาเหตุมาจากเศรษฐกิจ ชีวิต สังคม และ ส่วนตัว สัมพันธภาพในครอบครัว ความน่าอับอาย ความรู้สึกผิด ความกังวลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย นอกจากนี้ ประรณนา และ คณะ (2536) ได้ศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต ได้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ในปี พ.ศ 2541 รัชนิกร อุปเสน ได้ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อธิบายภาระการดูแล หมายถึง ผลกระทบในด้านลบที่เกิดขึ้นต่อญาติผู้ดูแล และ ครอบครัว จากการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทั้งที่เป็นผลกระทบในด้านรูปธรรม และ ผลกระทบในด้านนามธรรม

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับความหมายของภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่กล่าวมาพบว่า มีความแตกต่างกันบ้างในเรื่องการให้ความหมายในแต่ละมุมมองของผู้วิจัย แต่ในบางส่วนก็มีความเหมือน คือ ภาระที่เกิดขึ้นเป็นการมองผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาบางท่านไม่ได้แยกภาระการดูแลออกเป็นส่วนๆ แต่มองในภาพรวมว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้าง พิจารณาจะพบว่าแม้เป็นการมองในภาพรวมว่าผลกระทบที่เกิดขึ้นก็ตาม เมื่อนำมาแยกเพื่อดูว่า ถ้าแบ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นภาระด้านรูปธรรม และ ส่วนที่เป็นภาระด้านนามธรรม จะทำให้สามารถมองภาระการดูแลได้ชัดเจนขึ้น ดังนั้น พอสรุปได้ว่า ภาระการดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยด้วย แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ ภาระด้านรูปธรรม และ ภาระด้านนามธรรม ภาระด้านรูปธรรมเป็นผลกระทบด้านเศรษฐกิจการดำรงชีวิตประจำวัน การใช้เวลาว่างของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ภาวะสุขภาพกาย และ สุขภาพจิตของผู้ดูแล ส่วนภาระด้านนามธรรมเป็นความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

มีผู้ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติ หรือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้าน และ นอกจากนี้ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985) ยังได้ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดย

จำแนกตามระดับขอบเขตความรับผิดชอบในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย และ การใช้เวลาในการดูแล ประกอบด้วย ญาติผู้ดูแลหลัก และ ญาติผู้ดูแลรอง ญาติผู้ดูแลหลัก จะหมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง มากกว่าคนอื่นๆ ส่วนญาติผู้ดูแลรอง จะหมายถึง บุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่นๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือ คอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย แต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายผู้ดูแลอีกว่าเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการพึ่งพา โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอด และ สวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ (Orem, 1991) ผู้ดูแลส่วนใหญ่ จะเป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคู่สมรส บุตร ญาติ พี่น้อง หรือ อาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นเงิน หรือ ของรางวัลใดๆ (ครุณี คชพรหม, 2543) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่นในระยะอาการหลงเหลือ โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

4. ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลของนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ให้ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่กับครอบครัว ทำให้ครอบครัวกลายเป็นผู้รับผิดชอบ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย (Parker, 1993) แม้ว่านโยบายดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชนได้เร็ว แต่ครอบครัวในฐานะผู้ดูแลกลับไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องความรู้ และ บทบาทในการดูแลผู้ป่วย (Loukissa, 1995) ดังนั้น การที่ผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในครอบครัว ส่งผลให้เกิดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว การศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เริ่มต้นในปี 1963 โดย Grad and Sainburry cited by Loukissa, 1995) โดยทำการศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วย จำนวน 17 คน เพื่อดูความสัมพันธ์ของความเครียดที่เกิดจากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การดำรงชีวิตประจำวันของผู้ดูแล สุขภาพของผู้ดูแล และ ประเมินความรู้สึกเป็นภาระทั้งหมด ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยรบกวนผู้ดูแลมากกว่าด้านอื่น Hoening , Hamilton (1966) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแล โดยแยกภาระการดูแลออกเป็นด้านรูปธรรม และ ภาระด้านนามธรรม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อแยกภาระการดูแลด้านอารมณ์ของผู้ดูแลออกมาให้เห็นชัดเจน โดยภาระด้านรูปธรรมเป็นปัญหาความยุ่งยากที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลจากการที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grad and Sainsburry

ต่อมาในปี 1987 Faddm et al. และ Maurin and Boyd (1990) ได้ทบทวนสิ่งที่ค้นพบจากงานวิจัย ตั้งแต่ ปี ค.ศ 1961 ถึง ค.ศ 1965 พบว่า การศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลนั้น ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลจริง แต่เป็นการศึกษาที่มีขอบเขตกว้าง และมีข้อค้นพบว่า การที่ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัว เกี่ยวกับการถูกจำกัดเรื่องกิจกรรมทางสังคม ความรู้สึกเป็นตราบาป ปัญหาเศรษฐกิจ ความวิตกกังวล ความรู้สึกผิด และ โกรธ สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

หลังจากที่ Hoening , Hamilton (1966) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาระการดูแลไว้ ต่อมานักวิจัยได้ศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องภาระด้านรูปธรรม โดยทำการทดสอบความแตกต่าง ของภาระการดูแลระหว่างครอบครัวที่ผู้ป่วยอยู่ในบ้าน กับครอบครัวที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล โดยการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาภาระในด้านนามธรรม (Test and Stein, 1980 cited by Loukissa, 1995) แสดงให้เห็นว่าในการศึกษาเกี่ยวกับภาระในการดูแลนั้น ผู้วิจัยให้ความสำคัญ หรือ สนใจภาระด้านต่างๆ แตกต่างกันไป ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวที่ผู้ป่วยอยู่ในบ้าน มีภาระการดูแล มากกว่าครอบครัวที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ครอบครัวไม่ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การดำรงชีวิตประจำวันต่างๆ เป็นไปตามปกติ ครอบครัวจึงรับรู้ว่าจะไม่ต้องมีภาระรับผิดชอบผู้ป่วยโดยตรง ส่วนครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้น ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว การที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน ซึ่ง Minister of Supply and Services Canada (1991) ได้เสนอแนวทางในการปฏิบัติเพื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วยโรคจิตเภทขณะอยู่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ

1. คำแนะนำในระยะแรก (early stage)

1.1 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงต่ำ ช้า และ ชัดเจน หรือ ประโยคสั้นๆ ง่ายๆ เพื่อป้องกันการสับสน ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องพูดซ้ำ และ ถามย้ำกับผู้ป่วย

1.2 การกระทำต่างๆ ที่ผู้ดูแลกระทำ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน เช่น ฉันกำลังเก็บเสื้อผ้าของคุณที่ซักแล้วไว้ในตู้ คุณสามารถที่จะเลือกมาใส่ได้ในวันนี้ตามความต้องการ

1.3 ผู้ดูแลควรสร้างตารางการทำการกิจกรมง่าย ๆ สำหรับผู้ป่วยว่า ในแต่ละวันจะทำอะไรบ้าง

1.4 ให้ถ่ายย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำการกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเริ่มหิว

ผมของตนเอง หลังจากที่ไม่ผ่านการหิวมาแล้ว 3 วัน ผู้ดูแลควรให้ข้อเสนอแนะ และ สาธิตว่าทำอย่างไร การหิวผมจึงจะทำได้ดีและสวยงาม

1.5 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่มากเกินไป และ พยายามลดความเครียด ความตึงเครียดต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ครอบครัวยุติเปิดโอกาส และ เต็มใจให้ผู้ป่วย ร่วมรับประทานอาหารด้วย

1.6 ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้รับประทานอาหารอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่ใช่การบังคับ

2. คำแนะนำในระหว่างการปรับตัว (period of adjustment)

2.1 พยายามทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยอยู่เสมอ

2.2 เริ่มให้ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเอง การแต่งตัว และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.3 มอบหมายงานบ้านให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตามความสามารถ เช่น การทำความสะอาดด้วยตนเอง แต่อาจจะไม่สามารถเช็ดด้วยขามนั้นให้แห้งได้

2.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเหมาะสม แต่ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยไปรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อน 1-2 คน หรือกลุ่มเพื่อนหลายๆ คน หรือ เฝ้าที่ผู้ดูแลสามารถจัดให้ได้ อาจจะเป็นในเครือญาติเดียวกันก็ได้

2.5 วางแผนที่จะนำผู้ป่วยออกไปพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านในแต่ละสัปดาห์ เช่น การไปจับรถเที่ยว เดินเล่นในสวนสาธารณะ เป็นต้น

2.6 ไม่ควรใช้คำถามกับผู้ป่วยมากเกินไป เช่น “คุณกำลังคิดเกี่ยวกับอะไร? ทำไมคุณทำอย่างนั้น?” แต่ควรจะมีการพูดคุยในเรื่องง่ายๆ สบาย ๆ เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับภาพยนตร์เรื่องใหม่

2.7 การสนทนา หรือ การทำกิจกรรมกับผู้ป่วย ควรจะเป็นเรื่องที่สนุกสนาน ง่ายๆ สบาย เช่น พยายามคุยเกี่ยวกับชีวิตในวัยเด็ก การให้ดูโทรทัศน์ การฟังเพลง เป็นต้น

2.8 หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยว่าไม่อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลควรหาแนวทางช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.9 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบ ในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น การมารับประทานอาหารให้ตรงเวลา

2.10 สอน และ แนะนำผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียด ตลอดจนวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

2.11 สมาชิกในครอบครัวอื่นๆ ควรมีการพูดคุยให้ความเป็นกันเองกับผู้ป่วย เช่น ชักชวนผู้ป่วยไปดูภาพยนตร์ด้วยกัน

2.12 ให้ความสนใจในความรู้สึกของผู้ป่วยอยู่เสมอ ตลอดจนตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วย ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.13 การฝึกทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูในด้านอาชีพของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่สำคัญ ที่ผู้ดูแลควรให้ความสำคัญ และ ตระหนักอยู่เสมอ โดยค้นหาข้อมูลว่าผู้ป่วยเคยได้รับประสบการณ์การฝึกทักษะทางสังคม และ การฟื้นฟูอาชีพอะไรบ้างจากโรงพยาบาล ระดับความสามารถของผู้ป่วย ในการฝึกทักษะและฟื้นฟูอาชีพนั้นๆ มีมากน้อยเพียงใด จากนั้น จัดสรรงานอาชีพ หรือ กิจกรรมทางด้านสังคมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น ค้นหาศูนย์ฝึกอาชีพ ในชุมชนว่ามีเพียงพอ และ เหมาะสมในการที่จะนำผู้ป่วยไปฝึกอาชีพหรือไม่อย่างไร และ ควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณาคัดเลือกงานที่จะทำนั้นด้วยตนเอง ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับผู้ป่วย ให้ทำตามความต้องการของผู้ดูแล

3. คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือ อยู่ในภาวะวิกฤต

3.1 เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธยา เป็นปัญหาที่สำคัญ ที่พบมากสำหรับครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้น สิ่งแรกที่คุณดูแลควรปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา คือ เผชิญเหตุ พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยมีการแอบทิ้งยาหรือไม่ ควรมีการควบคุมกำกับให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ สนใจ เกี่ยวกับผลดี ผลเสียของการรับประทานยา ตลอดจนอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการขาดยา แต่ถ้าเมื่อใดผู้ป่วยยืนยันที่จะปฏิเสธยา หรือ ลืมรับประทานยา ผู้ดูแลควรช่วยผู้ป่วยได้โดยจัดทำกล่องสำหรับเก็บยาในแต่ละมือ หรือ ในแต่ละสัปดาห์ ผู้ดูแลไม่ควรที่จะบดยาใส่ในอาหารของผู้ป่วย เพราะเป็นการสร้างความไม่ไว้วางใจให้เกิดขึ้นในตัวเอง และ ผู้ดูแลอาจตัดสินใจไปปรึกษาแพทย์ หรือนำผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพื่อรับการนิยามาแทน

3.2 เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สร้างความอับอายให้กับครอบครัว เช่น พุด หัวเราะคนเดียว แต่งตัวไม่เหมาะสม หรือ ไม่สวมใส่เสื้อผ้าเดินออกนอกบ้าน พุดเสียงดัง สูบบุหรี่ยในที่ห้ามสูบ เป็นต้น ผู้ดูแลควรพูดคุยเตือน แนะนำให้ผู้ป่วยหยุด หรือ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ไม่แสดงท่าทีโกรธ หัวเราะ ขบขันผู้ป่วย แต่ควรที่จะเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น พร้อมทั้งบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีผลเสียอย่างไร และ ควรจะแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมอย่างไร

3.3 เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน อาการกำเริบเฉียบพลัน ที่อาจพบได้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง เช่น ไม่นอน แยกตัวจากสังคมมากขึ้น บกพร่องในการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ผิดปกติในด้านการพูด หูแว่ว ภาพหลอน ก้าวร้าว เป็นต้น อาการเหล่านี้อาจส่งผลให้ครอบครัวพบกับความยุ่งยากในหลายๆ ด้าน เช่น การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง กิจกรรม หรืองานประจำของสมาชิกในครอบครัว การไปทำธุระนอกบ้าน การเลี้ยงดูทารก สัมพันธภาพในครอบครัว สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และ ภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้น ครอบครัวควรรู้จักวิธีเผชิญปัญหา เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน คือ ควรมีการจดบันทึกเบอร์โทรศัพท์ของตำรวจ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ศูนย์ช่วยเหลือจิตเวชฉุกเฉิน หรือ บุคคลที่สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือได้ เพื่อขอความช่วยเหลือ และ ควณคุมผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล สอบถามแพทย์พยาบาล บุคลากรทางจิตเวช เกี่ยวกับเวลาที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินตลอดจนเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วย แก่แพทย์ พยาบาล ตำรวจ และ ผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องและเป็นจริง นอกจากนี้ สิ่งที่น่าดีไม่ควรกระทำ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ โต้เถียงผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ดัง เพราะการแสดงออกดังกล่าว อาจทำให้การกระตุ้นผู้ป่วยให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านนั้นมีมาก และ เป็นวิธีการที่ผู้ดูแลจะต้องเรียนรู้ รวมถึงการปรับตัวต่อพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยด้วย สิ่งต่างๆ เหล่านี้ย่อมจะส่งผลต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแล และ อาจส่งผลต่อสุขภาพกาย และ สุขภาพจิตของผู้ดูแล ดังเช่นการศึกษาของ Greenberg and et al. (1993) พบว่าความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะความรู้สึกเป็นตราบาป และ ความรู้สึกกังวล มีผลต่อสุขภาพของมารดา นอกจากนี้ยังได้มีการศึกษาวิจัยพบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นขณะอยู่บ้านเป็นสาเหตุของการเกิดการดูแล (Jones, 1996) โดยก่อนหน้านี้ได้มีการศึกษาพบว่าอาการ และ พฤติกรรมของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะด้านรูปธรรม และ นามธรรม อย่างมากพบว่ามีดังนี้ คือ พฤติกรรมก้าวร้าว อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนทางหู พฤติกรรมสับสน และ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ (Grad, Sainsbury, 1963 cited by Loukissa, 1995 ; Ptoaszik, Nelson, 1984)

นอกจากนี้ จากการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ ผู้ป่วยโรคความผิดปกติทางอารมณ์ โดย IP , Mackenzie (1998) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบด้านอารมณ์จากการดูแลผู้ป่วย คือ ความรู้สึกเดือดร้อนจากปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย รวมถึงความรู้สึกโกรธ กลัว เพราะไม่สามารถคาดเดาอารมณ์ และ พฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ความรู้สึกสูญเสียที่ผู้ป่วยไม่สามารถดำรงชีวิตได้เช่นเดิม ความรู้สึกสิ้นหวัง ความรู้สึกโดดเดี่ยว และ รู้สึกเป็นตราบาป

ความรู้สึกที่เกิดขึ้นดังกล่าวเป็นภาระในด้านนามธรรม ส่วนภาระในด้านรูปธรรมที่พบคือ การดำเนินชีวิตในสังคมที่ไม่เหมือนเดิม การไม่สามารถทำหน้าที่ในครอบครัวได้ตามปกติ มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ตลอดจนมีปัญหาสุขภาพกาย และ สุขภาพจิต สำหรับในประเทศไทยนั้น รัชนิกร อุปเสน (2541) ศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีภาระการดูแลในเชิงรูปธรรม และ เชิงนามธรรม ในด้านกิจกรรม หรือ งานประจำ การพักผ่อน สุขภาพกาย สุขภาพจิต และ ภาวะเศรษฐกิจ ส่วนปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแล กับ บุคคลอื่น พบว่า ผู้ดูแลไม่ได้รับผลกระทบใดๆ การศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดว่าเป็นการศึกษาในขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อย และ ศึกษาเฉพาะในจังหวัดนครพนมเท่านั้น

เมื่อพิจารณาการศึกษางานวิจัย เกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวมาข้างต้น สามารถสรุป และ จัดหมวดหมู่ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ดังนี้คือ ภาระในเชิงรูปธรรม ประกอบด้วย ปัญหาด้านเศรษฐกิจ การดำรงชีวิตประจำวันของครอบครัว การใช้เวลาว่าง หรือ การพักผ่อนของครอบครัว ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ผลต่อสุขภาพกาย และ สุขภาพจิต ส่วนภาระในด้านนามธรรม เป็นความรู้สึกเป็นทุกข์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น เช่น ความรู้สึกสิ้นหวัง โดดเดี่ยว เป็นตราบาป ความรู้สึกกังวล โกรธ กลัว เป็นต้น ผลการศึกษาที่กล่าวมาสอดคล้องกับแนวคิดการศึกษา ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิต ตามแนวคิด ของ Pai , Kupur (1981) ที่พยายามศึกษาประเด็นย่อยของภาระการดูแลในแต่ละด้าน ที่กล่าวมา เพื่อให้มีความชัดเจนในแต่ละด้านมากยิ่งขึ้น ซึ่งผู้วิจัยใช้เป็นแนวคิด ในการศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร และ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่จะมีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีดังนี้

- 1) เพศ จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล ยังมีข้อค้นพบที่แตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่า เพศหญิง มีภาระการดูแล มากกว่าเพศชาย (Coward , Dwyer, 1990; Siegel et al., 1991 cited by Loukissa, 1995) แตกต่างจากการศึกษาของ Reinhard , Horwitz (1995) ที่พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท



- 2) อายุ อายุของผู้ดูแลมีผลต่อภาระของผู้ดูแล โดย Cook , Others (1994) ศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมากมีภาระการดูแล มากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย การศึกษานี้แตกต่างกับการศึกษาของ Reinhard , Horwitz (1995) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่อายุน้อยจะรับรู้ว่าตนเองมีภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก
- 3) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของผู้ดูแล กับ ภาระการดูแล พบว่าผู้ดูแลที่เป็นลูก ผู้ดูแลที่เป็นสามี หรือ ภรรยา (Coward , Dwyer, 1990 ; Siegel et al., 1991 cited by Loukissa, 1995) และ ผู้ดูแลที่เป็นบิดา หรือ มารดา มีภาระการดูแล ผู้ป่วย มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นพี่หรือญาติ (Reinhard , Horwitz, 1995)
- 4) ฐานะเศรษฐกิจของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ มีผลต่อภาระของผู้ดูแล (Beigel et al., 1994)
- 5) ระยะเวลาในการดูแล จากการศึกษางานวิจัย ไม่พบการศึกษาโดยตรง ว่าระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีผลต่อภาระการดูแลหรือไม่ แต่ได้มีการศึกษาของ Montgomery, Gonyea, Hooyman, 1985 อ้างถึงใน เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) ที่ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า การที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน มีผลทำให้ต้องดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ตามระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งกิจกรรมการดูแล มีผลก่อให้เกิดภาระแก่ผู้ดูแล
- 6) พฤติกรรมของผู้ป่วย จากการศึกษาวิจัยพบว่า พฤติกรรมที่ทำลาย หรือ รบกวนของผู้ป่วยเป็นตัวทำลายภาระของผู้ดูแล และ ทำให้ผู้ดูแล มีภาระการดูแลมากที่สุด (Thomson , Doll, 1982; Reinhard , Horwitz, 1995) โดยก่อนหน้านี้ Grad , Sainsbury, 1963 cited by Loukissa, 1995) และ Potaszik , Nelson (1984) ได้ศึกษาพฤติกรรม หรือ อาการที่ทำให้เกิดภาระของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก คือ พฤติกรรมก้าวร้าว อาการหลงผิด อาการประสาทหลอนทางหู ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสับสน และ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ เมื่อพิจารณาพฤติกรรม หรือ อาการของผู้ป่วยจิตเภท ที่พบวก่อให้ภาระของผู้ดูแลนั้น เป็นกลุ่มอาการด้านบวกเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะพบเมื่อผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภท หรือ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ (relapse) โดยเฉพาะปัญหาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นปัญหาสำคัญของการรักษาทางจิตเวช ในประเทศไทย พบว่า โรคจิตเภทมีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 40 – 70 ส่งผลให้เกิดภาระอย่างมาก ต่อผู้ดูแล สังคม และ ประเทศชาติ เพราะการที่ผู้ป่วยมีการกลับ

เป็นซ้ำบ่อย ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถลดน้อยลงไป ทำให้ต้องพึ่งพาบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้ทำหน้าที่ดูแลมากยิ่งขึ้น (กรมสุขภาพจิต และ ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2539)

ดังนั้นในเรื่องปัญหาอาการ หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วย ที่เกิดขึ้นจากการกลับเป็นซ้ำนั้น มีสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีการกลับเป็นซ้ำหลายประการ จากการศึกษาพบปัจจัยดังนี้ คือ ผู้ป่วยรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วย และ ผู้ดูแล ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิต (จารุวรรณ ต.สกุล, 2524 ; วัชณี หัตถพนม และ คณะ, 2529 ; ดวงตา อุทุมพรพิทักษ์, 2533) และ ในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ พบว่า สาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการกลับเป็นซ้ำ คือ ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงต่อผู้ป่วย (high expressed emotion หรือ high EE) (Brown et al., 1972 ; Vaughn , Leff, 1976; Kavanagh, 1992 al; Leff, 1995; Mino et al., 1995) ทั้งนี้ อาจเป็นสาเหตุมาจากการต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอาการ หรือ พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมต่างๆ รวมทั้งต้องรับภาระด้านค่าใช้จ่ายสูง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดจนแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมต่างๆ ต่อผู้ป่วยได้ (Mino et al., 1995) ในประเทศไทย มีการศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ โดยดวงตา อุทุมพรพิทักษ์ (2533) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลัง ด้านส่วนตัว และ ครอบครัว กับการมารักษาซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วย มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยในระดับปานกลาง และ การแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการกลับเป็นซ้ำ ในระดับต่ำ ผลการวิจัยครั้งนี้ อาจเกิดจากข้อจำกัดของเครื่องมือที่ใช้วัด เพราะเป็นแบบประเมินตนเอง (self-report) ผู้ดูแลอาจให้ข้อมูลเกี่ยวกับตนเอง หรือ ประเมินตนเองในด้านที่ดี จึงไม่ได้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงเท่าใดนัก

การแสดงออกทางอารมณ์ ตามแนวคิดของ Brown et al., (1972) หมายถึง ภาษาพูด และ ภาษาท่าทาง ที่ผู้ดูแลแสดงออกต่อผู้ป่วย ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตเห็นได้ องค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์ ตามแนวคิดของบราวน์ และ คณะ มี 5 ลักษณะ คือ

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (critical comment) หมายถึง การใช้คำพูด ที่มีเนื้อหา และ น้ำเสียง ที่แสดงถึงความไม่พึงพอใจ หรือ ไม่เห็นชอบต่อพฤติกรรม หรือ คำพูดของผู้ป่วย เช่น การพูดด้วยน้ำเสียง และ เนื้อหา ที่แสดงความรำคาญ เมื่อผู้ป่วยพูดคนเดียว
2. การแสดงออกในทางบวก (positive remarks หรือ positive comment) หมายถึง การแสดงออกถึงความชอบ การยกย่องชมเชย และ การแสดงความชื่นชมต่อพฤติกรรม หรือ คำพูดของผู้ป่วย

3. การแสดงความไม่เป็นมิตร (hostility) หมายถึง การดำเนินคดีและ การไม่ยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลคนหนึ่ง
4. การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (warmth) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความห่วงใย ความเข้าใจ และ การเอาใจใส่ในตัวผู้ป่วย ด้วยน้ำเสียง และ กริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ
5. การมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป (emotional overinvolvement) หมายถึง การแสดงออกซึ่งความเสียสละ การเอาใจใส่จดจ่อ และ การปกป้องคุ้มครองผู้ป่วย โดยแสดงออกบ่อยครั้ง และ มากเกินไป เช่น การที่พ่อแม่เข้าไปยุ่งวุ่นวาย หรือ จัดการในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยทุกเรื่อง จนทำให้ผู้ป่วย ไม่มีความเป็นอิสระที่จะตัดสินใจ หรือ กระทำการใด ๆ ด้วยตนเอง

จากการศึกษา ของ Brown et al., (1972) นี้เอง ได้พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ทั้ง 5 ด้าน ที่กล่าวมาข้างต้น มีการแสดงออกทางอารมณ์ 3 ด้าน คือ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร และการมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป การแสดงออกทั้ง 3 ด้านนี้ เรียกว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูง เป็นตัวบ่งชี้ถึงความเสี่ยง ต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีการวิจัยต่อมาที่สนับสนุนแนวคิดของบราวน์ และ คณะ เกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์สูงของครอบครัว ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ มีการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท น้อยกว่า (Vaughn , Leff, 1976 ; Kavanagh, 1992 ; Mino et al., 1995) สำหรับในประเทศไทย ยังไม่ได้มีการศึกษาที่ยืนยันแน่ชัดว่า การแสดงออกทางอารมณ์ มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำที่ชัดเจน แต่เป็นการศึกษาในปัจจัยอื่นๆ ดังที่ได้กล่าวมาในข้างต้น

สรุปจากการทบทวน ในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยมีความเห็นว่าปัจจัยสำคัญตัวหนึ่ง ที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ อาการ หรือ พฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน การที่ผู้ป่วย ลับสน และ ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้หลังจากผู้ป่วยรักษาจน อาการดีขึ้นแล้ว ไปอยู่กับครอบครัว เพราะผู้ป่วยมีการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งสาเหตุจากการทบทวนวรรณกรรม คือ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง การที่ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคจิตเภท และ มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ถ้าหากสามารถลดปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมาได้ การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยน้อยลง พฤติกรรมที่รบกวน หรือ พฤติกรรมการทำลายของผู้ป่วยลดลง จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ลดลงด้วย

6. การประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีหลายอย่าง และ แตกต่างกันไป ทำให้การประเมินภาระของผู้ดูแล มีหลายรูปแบบแตกต่างกันไปเช่นกัน ผู้วิจัยส่วนใหญ่จะสร้างเครื่องมือ ตามแนวคิดของตนเอง (Thompson et al., 1993) โดยเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาระการดูแลนั้น เป็นการวัดผลกระทบ ที่เกิดขึ้นจากการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย หรือ เป็นปฏิกิริยาของผู้ดูแลต่อการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย (Braithwaite, 1992) การประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น Hoening , Hamiton (1996) ได้สร้างเครื่องมือวัดภาระการดูแลออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาระในด้านรูปธรรม เป็นปัญหาความยุ่งยาก ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และ การที่ต้องดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ส่วนภาระด้านนามธรรม เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแล ต่อการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย เครื่องมือชุดนี้ ไม่มีความเที่ยงพอที่จะนำไปใช้ได้ (Spitzer et al., 1971 cited by Loukissa, 1995) จึงได้พัฒนาแบบประเมินครอบครัว โดยการสัมภาษณ์สมาชิกในครอบครัว เพื่อประเมินพฤติกรรมที่มีผลต่อครอบครัว ประกอบด้วย ข้อคำถาม 455 ข้อ แบ่งเป็น 45 กลุ่ม เป็นการวัดภาระทั้งในด้านรูปธรรม และนามธรรม แบบวัดชุดนี้มีข้อจำกัด ในเรื่องของการใช้เวลามาก ในการที่จะประเมินเนื่องจากมีข้อคำถามมาก ต่อมา Herzet et al., (1976) ได้พัฒนาแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบความเที่ยงของแบบวัดภาระในด้านรูปธรรม และ นามธรรมของ Heening , Hamilton เพื่อที่จะได้มีความชัดเจนยิ่งขึ้น เหมาะสมในการนำไปใช้ และ เป็นปัญหาเฉพาะของผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการ หรือ พฤติกรรมของผู้ดูแล ผลที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในครอบครัว เช่น ปัญหาในการดำเนินชีวิต ปัญหาของครอบครัว ที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นต้น

ในปี ค.ศ 1981 Pai, Kapur มีความคิดเห็นว่า แบบวัดภาระการดูแล ที่ผ่านมาเป็นการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้วัดภาระการดูแล ในประเทศทางซีกโลกตะวันตก ซึ่งมีความแตกต่างจากอินเดียที่อยู่ในทวีปเอเชีย ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม เรื่องของครอบครัว และ รูปแบบการยอมรับ หรือ ปฏิเสธผู้ป่วย ก็อาจจะมีความแตกต่างกันด้วย ดังนั้นจึงได้พัฒนาวิธีการที่จะเป็นมาตรฐานในการประเมินภาระของการดูแลขึ้นมา ในขั้นตอนแรก ได้ทำการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างกับสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย 1 คน ในจำนวนผู้ป่วย 40 คน ที่มาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก การสัมภาษณ์เน้นที่ภาระของครอบครัว ที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย การสัมภาษณ์จะกระตุ้นให้ตอบ เพื่อให้เห็นภาระที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน มีการบันทึกเทปการสัมภาษณ์ เมื่อได้ครบแล้ว จึงนำข้อมูลมาถอดเทป และ วิเคราะห์เนื้อหา แยกประเภทความแตกต่าง ของประสบการณ์เกี่ยวกับภาระ หลังจากวิเคราะห์เนื้อหาข้อมูลทั้งหมด ได้หัวข้อใหม่ในการสัมภาษณ์ 24 ข้อ นำเครื่องมือที่

ได้ไปให้ผู้ป่วยที่ปฏิบัติงานด้านจิตเวช จำนวน 6 คน คัดเลือกหัวข้อเกี่ยวกับภาวะ และ แบ่งกลุ่มด้วยตนเอง แล้วนำมาเปรียบเทียบ กับการแบ่งกลุ่มของผู้วิจัย ในครั้งแรกพบว่า การแบ่งประเภทของภาวะโดยรวมเหมือนกัน แม้ว่าจะแตกต่างในเรื่องของคำที่ใช้ เช่น ภาวะเกี่ยวกับการเงินมีความแตกต่างในคำที่ใช้ คือ ความยุ่งยากเรื่องเศรษฐกิจ ปัญหาค่าใช้จ่าย และ ภาวะด้านการเงิน เช่นเดียวกับประเด็นของภาวะด้านกิจกรรมในเวลาว่าง มีการใช้คำว่า มีอุปสรรคในการพักผ่อน เวลาว่างลดลง เป็นต้น ยกเว้นในกรณีที่ใช้คำศัพท์เฉพาะ ที่มีความแตกต่างกัน ผู้ร่วมวิจัย 3 คน จะให้คำจำกัดความของพฤติกรรม ที่เป็นภะนั้นจาก 24 คำถาม ที่ได้จะคัดเลือกให้เป็นหมวดหมู่ที่แตกต่างกัน 6 ประเภท แต่ละข้อจะถูกเปลี่ยนเป็นคำถาม เพื่อกำหนดเป็นรายการสัมภาษณ์ภาวะด้านรูปธรรม และ ภาวะด้านนามธรรม เกณฑ์สำหรับประเมินจะบอกระดับของภาวะสำหรับข้อความอย่างละเอียด ถ้าไม่มีภะนั้นเลย คะแนนเท่ากับ 0 มีภะนั้นน้อย คะแนนเท่ากับ 1 ส่วนมีภะนั้นมาก คะแนนเท่ากับ 2 หลังจากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ ไปหาค่าความเที่ยงกับผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 20 คน แล้วคำนวณหาค่าความเที่ยง พบว่า ได้สูงถึงร้อยละ 90 ใน 20 หัวข้อ และ ร้อยละ 87 – 89 ในอีก 4 หัวข้อ ซึ่งถือว่ามีความสูงเพียงพอ ที่จะนำไปใช้ได้

หลังจากนั้น ได้มีการพัฒนาแบบประเมินภาวะการดูแล ทั้งที่เป็นแบบวัดภาวะการดูแลในด้านรูปธรรม และ นามธรรม (Thomson , Doll , 1982 , Platt, 1985 ; Potasznik , Nelson, 1984 ; Reinhard et al., 1994 cited by Reinhard , Horwitz, 1995) หรือ วัดเฉพาะภาวะในด้านรูปธรรมด้านเดียว (Anderson, Lynch, 1984) ดังที่ได้กล่าวแล้วว่า ผู้วิจัยแต่ละคนที่สร้างเครื่องมือขึ้นมา เพื่อประเมินภาวะในส่วนที่ตนเองสนใจ นอกจากนี้ภาวะของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น มีความแปรผันตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยด้วย (Cantor, 1983) สาเหตุที่เป็นเช่นนั้น อาจเกิดจากการรับรู้ภาวะในด้านรูปธรรม มีเรื่องบทบาทของผู้ดูแล เข้ามาเกี่ยวข้องด้วย การที่จะนำเครื่องมือมาใช้ในการประเมินภาวะของผู้ดูแล ต้องดูว่ามีความสัมพันธ์ในลักษณะใดด้วย ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายไว้ในหัวข้อปัจจัยที่มีผลต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในข้างต้น

ดังนั้น ในการศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือที่จะใช้สำหรับประเมินภาวะของผู้ดูแล ต้องมีเนื้อหาครอบคลุมแนวคิดที่ผู้ศึกษาใช้เป็นหลัก และ มีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง จึงจะช่วยให้การประเมินภาวะของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดของ Pai , Kapur (1981) ซึ่งมองภาวะของผู้ดูแลเป็นสองประเภท คือ ภาวะในด้านรูปธรรม และ ภาวะในด้านนามธรรม การมองภาวะของผู้ดูแล ในลักษณะนี้ผู้วิจัยเชื่อว่า เป็นการมองภาวะของผู้ดูแลที่ครอบคลุมในแต่ละด้าน แยกให้เห็นเด่นชัดเจเนลงลึกไปอีก ด้วยว่าเป็นภาวะลักษณะใด เครื่องมือ

ในการประเมินแยกมิตีออกจากกัน ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินภาระของผู้ดูแล ในแง่ต่างกันได้ และ เครื่องมือชุดนี้ ใช้ประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงเป็นการศึกษาในทวีปเอเชีย ซึ่งน่าจะมีลักษณะ ทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และ วัฒนธรรม คล้ายคลึงกับประเทศไทย มากกว่า แบบประเมินที่สร้างขึ้นในโลกตะวันตก สกาวรัตน์ ภูผา (2543) ได้ใช้แนวคิดของ Pai & Kapur เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย โดยศึกษาจากงานวิจัย ของรัชนีกร อุปเสน (2541) ซึ่ง ใช้แนวคิดของ Pai & Kapur เช่นเดียวกัน แบ่งภาระการดูแลออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านรูปธรรม และนามธรรม มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 ใช้วัดภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้เครื่องมือชุดนี้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เพราะเห็นว่าโครงสร้าง และ เนื้อหาครอบคลุมแนวคิดที่ผู้ศึกษายึดเป็นหลัก อีกทั้งมีความเหมาะสม กับกลุ่มตัวอย่างด้วย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากร และ กลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ระหว่างเดือนเมษายน 2544 ถึงเดือนมิถุนายน 2544 โดยมีคุณสมบัติดังนี้

1. มีความสามารถในการเข้าใจภาษาไทย สื่อสารโดยการพูดได้
2. เป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท และ เป็นผู้รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมากที่สุด
3. ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์
4. ยินดีเข้าร่วม ในการวิจัย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีคุณสมบัติตามลักษณะประชากร เลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) จำนวนขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร

สูตร

$$n = \frac{NZ^2 \alpha_2 P (1-P)}{e^2 (N-1) + Z^2 \alpha_2 P (1-P)}$$

ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต่ำสุด มีจำนวน 250 คน การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างนั้น ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้เข้าใจ เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบ ต่อการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ และ ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือในแบบแสดง ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เศรษฐกิจของผู้ดูแล และ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย เพศ อายุ พฤติกรรม อาการของผู้ป่วย และ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สกาเวิร์ตน์ ภูผา (2543) ได้ใช้แนวคิดมาจากแบบสัมภาษณ์ ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Pai & Kapur (1981) และ เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. ภาระด้านรูปธรรม มีเนื้อหาครอบคลุมผลกระทบ หรือ ความยุ่งยาก ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านเศรษฐกิจ การดำรงชีวิตประจำวันของครอบครัว เวลาว่าง และการพักผ่อน ปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว ผลต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม 11 ข้อ
2. ภาระด้านนามธรรม มีเนื้อหาครอบคลุมความรู้สึกเป็นทุกข์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ ภาระทั้งสองประเภทนี้ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ช่วงของคะแนน ภาระด้านรูปธรรม คือ 0 – 44 คะแนน และ ช่วงของคะแนนภาระด้านนามธรรม คือ 0 – 40 คะแนน ซึ่งคะแนนที่ได้นี้ นำมาพิจารณาภาระแต่ละด้านแยกจากกัน ถ้าคะแนนรวมของภาระด้านใดต่ำ แสดงถึง ผู้ดูแลมีภาระประเภทนั้นน้อย

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ซึ่งเป็นแบบประเมินภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของ สกาวรัตน์ ภูผา (2543) โดยไปหาความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยจิตแพทย์ 2 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และ พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้ว นำมาเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จนมีความเหมาะสมที่จะประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาคำนวณหาความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แอลฟา (alpha correlation coefficient) ของ Cronbach ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 ผู้วิจัยจึงไม่หาความตรง และความเที่ยงซ้ำ เพราะมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ได้ และ ลักษณะประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเช่นเดียวกัน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินงานเป็นขั้นตอนตามลำดับดังนี้

1. ผู้วิจัยเขียนเค้าโครงการวิจัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เพื่อขออนุญาตทำการวิจัย
2. สํารวจจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับบริการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เพื่อกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
3. ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบในการเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดกรอบประชากรจากการประมาณจำนวนผู้ป่วย ที่มารับบริการในแต่ละวัน มาคำนวณหาช่วงการสุ่มได้เท่ากับ 5 ขอความร่วมมือ และ ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ อธิบายวิธีสัมภาษณ์ จนผู้ดูแลเข้าใจ ให้ลงลายมือในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงสัมภาษณ์ผู้ดูแล ตามแบบสัมภาษณ์
4. นำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และ ความถูกต้อง แล้วให้คะแนนแบบสัมภาษณ์ ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

5. สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัย นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ SPSS for Window ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นำมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะของข้อมูล
2. วิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างสุ่มมาจากประชากร ที่มีการแจกแจงแบบปกติหรือไม่ โดยใช้ Kolmogoror Smirnor One Sample Test
3. วิเคราะห์ปัจจัย ที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้ ANOVA Kruskal – Wallis Test และ Mann – Whitney Test

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาระดับ ภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มารับการตรวจรักษา ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น อำเภอมือเมือง จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่เดือนเมษายน 2544 ถึงเดือนมิถุนายน 2544 จำนวน 250 คน ได้นำเสนอผลการศึกษา ตามลำดับ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ข้อมูลทั่วไป ของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ระดับภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยโรคจิตเภทมารักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เศรษฐกิจของผู้ดูแล และ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังแสดง ในตารางภาพ 1-3

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 52.4 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 47.6 โดยกลุ่มตัวอย่าง มีอายุอยู่ในช่วง 40 – 60 ปี เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 41.6 รองลงมา คือ 31-45 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.8 มีสถานภาพสมรสคู่ เป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 81.6 รองลงมา คือ หม้าย ร้อยละ 9.2 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	n = 250	
เพศ		
ชาย	119	47.6
หญิง	131	52.4
อายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี	24	9.6
31 – 45 ปี	77	30.8
46 – 60 ปี	104	41.6
61 ปีขึ้นไป	45	18.0
สถานภาพสมรส		
โสด	13	5.2
คู่	204	81.6
หย่า	6	2.4
หม้าย	23	9.2
ร้าง	4	1.6

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และ รายได้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	n = 250	
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	212	84.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	8.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	1.6
อนุปริญญา	5	2.0
ปริญญาตรี	7	2.8
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.8
อาชีพ		
งานบ้าน	30	12.0
รับจ้าง	31	12.4
เกษตรกร	141	56.4
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	11	4.4
อื่นๆ	37	14.8
รายได้		
เพียงพอ	86	34.4
ไม่เพียงพอ	164	65.6

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษา คือ ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 84.8 รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 8.0 มีอาชีพ ส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร คิดเป็น ร้อยละ 56.4 และ รายได้ ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 65.6

ตารางที่ 3 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) n = 250	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา / มารดา	214	49.6
สามี / ภรรยา	40	16.0
บุตร	25	10.0
พี่ / น้อง	47	18.8
ญาติ	2	0.8
อื่นๆ	12	4.8
ระยะเวลาในการดูแล		
น้อยกว่า 1 ปี	5	2.0
1 – 4 ปี	123	49.2
5 – 10 ปี	80	32.0
11 ปีขึ้นไป	42	16.8

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเป็น บิดา / มารดา ร้อยละ 49.6 รองลงมาคือ พี่ / น้อง ร้อยละ 18.8 ส่วนระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ให้การดูแลมานานมากที่สุด คือ 1 – 4 ปี คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาคือ 5 – 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.0

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของผู้ป่วยโรคจิตเภท จำแนกตามอายุ เพศ พฤติกรรม / อาการของผู้ป่วย และ จำนวนครั้งในการ Admitted

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) n = 250	ร้อยละ
อายุ		
≤ 20 ปี	14	5.6
21 – 30 ปี	97	38.8
31 – 40 ปี	75	30.0
41 – 50 ปี	32	12.8
51 – 60 ปี	23	9.2
61 ปีขึ้นไป	9	3.6
เพศ		
ชาย	155	62.0
หญิง	95	38.0
พฤติกรรม / อาการของผู้ป่วยใน 1 เดือน		
รุนแรง	79	31.6
ปานกลาง	66	26.4
น้อย	105	42.0
จำนวนครั้งในการ Admitted		
ไม่เคย Admitted	71	28.4
1 – 2 ครั้ง	133	53.2
3 – 4 ครั้ง	31	12.4
5 – 6 ครั้ง	8	3.2
7 ครั้งขึ้นไป	7	2.8

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษา พบว่า ลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ อายุอยู่ระหว่าง 21 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.0 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 62.0 และ พบว่าใน 1 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยมีพฤติกรรม / อาการ น้อยเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 42.0 ส่วนจำนวนครั้งในการ Admitted คือ 1 – 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 53.2 รองลงมา คือ ไม่เคย Admitted คิดเป็นร้อยละ 28.4

3. ระดับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 5 ระดับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน) n = 250	ร้อยละ
ไม่มีการะ	-	-
มีการะน้อย	165	66.0
มีการะปานกลาง	64	25.6
มีการะมาก	21	8.4

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษา เมื่อพิจารณาการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยรวม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองมีการะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.0 รองลงมา คือ มีการะในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.6 และ มีการะในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 8.4

ตารางที่ 6 ระดับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านรูปธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	n = 250	
ไม่มีภาระ	-	-
มีภาระน้อย	168	67.2
มีภาระปานกลาง	65	26.0
มีภาระมาก	17	6.8

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษา พบว่า เมื่อพิจารณาระดับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านรูปธรรม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านรูปธรรมน้อย คิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมา คือ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.0 และมีภาระมาก คิดเป็นร้อยละ 6.8

ตารางที่ 7 ระดับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านนามธรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	n = 250	
ไม่มีภาระ	-	-
มีภาระน้อย	161	64.4
มีภาระปานกลาง	66	26.4
มีภาระมาก	23	9.2

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษา พบว่า เมื่อพิจารณาระดับการดูแลด้านนามธรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านนามธรรม อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 64.4 รองลงมาคือ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.4 และ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 9.2

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ตารางที่ 8 ผลการศึกษาระหว่างระดับการศึกษา กับ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

แหล่งความแปรปรวน	SS	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม	528.213	105.643	.625	.681
ภายในกลุ่ม	41247.387	169.047		

$P > .05$, df 249

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษา ระหว่างระดับการศึกษา กับ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า การศึกษาของผู้ดูแล ไม่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หมายความว่า ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ไม่มีผลต่อระดับการดูแลที่มากขึ้น หรือ น้อยลง

ตารางที่ 9 ผลการศึกษาระหว่างอาชีพ กับ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

อาชีพ	n (250)	Mean Range	X^2	P-Value
งานบ้าน	30	124.37		
รับจ้าง	31	109.98	15.882	.003
เกษตรกร	141	118.33		
รับราชการ /รัฐวิสาหกิจ	11	120.23		
อื่นๆ	37	168.32		

$P < .05$

จากตารางที่ 9 ผลการศึกษา ระหว่างอาชีพของผู้ดูแล กับ การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าอาชีพของผู้ดูแลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 10 ผลการศึกษาระหว่างสถานภาพสมรส กับ การการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

สถานภาพสมรส	n (250)	Mean Range	X ²	P-Value
โสด	13	79.23	20.218	.000
คู่	204	125.90		
หย่า	6	76.58		
หม้าย	23	171.46		
ร้าง	4	64.75		

P < .05

จากตารางที่ 10 ผลการศึกษา ระหว่างสถานภาพสมรสของผู้ดูแล กับ การการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า สถานภาพสมรส มีผลต่อการการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 11 ผลการศึกษาระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย กับ การการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

แหล่งความแปรปรวน	SS	MS	F	P-value
ระหว่างกลุ่ม	1839.825	367.965	2.248	.050
ภายในกลุ่ม	39935.775	163.671		

P < .05 , df 249

จากตารางที่ 11 ผลการศึกษา ระหว่างความสัมพันธ์กับผู้ป่วย กับการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผลต่อการการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 12 ผลการศึกษาระหว่างพฤติกรรมผู้ป่วย กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

พฤติกรรมผู้ป่วย	n (250)	Mean Range	X ²	P-Value
รุนแรง	79	96.13	20.788	.000
ปานกลาง	66	129.95		
น้อย	105	144.80		

P < .05

จากตารางที่ 12 ผลการศึกษา ระหว่างพฤติกรรมผู้ป่วยโรคจิตเภท กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า พฤติกรรมมีผลต่อภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 13 ผลการศึกษาระหว่างเพศกับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

เพศ	n (250)	Mean Range	Sum of Range	U	P-Value
ชาย	119	129.23	15378.00	7351.00	.437
หญิง	131	122.11	15997.00		

P > .05

จากตารางที่ 13 ผลการศึกษา ระหว่างเพศของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กับ ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า เพศไม่มีผลต่อภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 14 ผลการศึกษาระหว่างรายได้ กับ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

รายได้	n (250)	Mean Range	Sum of Range	U	P-Value
เพียงพอ	86	93.49	8040.00	4299.00	.0001
ไม่เพียงพอ	164	142.29	23335.00		

$P < .05$

จากตารางที่ 14 ผลการศึกษา ระหว่างรายได้ของผู้ดูแล กับ ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า รายได้มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย

การศึกษาระยะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเป็นบิดา / มารดา มากที่สุด รองลงมาคือ พี่ / น้อง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ และ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ 1-4 ปี ข้อมูลที่พบสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา รองลงมา คือ สามี ภรรยา (Rose, 1996 ; วรภช นิธิกุล, 2535 ; อร่ามศรี เกสจินดา, 2534)

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 21 – 30 ปี และมีพฤติกรรมใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีอาการน้อย และ จำนวนครั้งที่รับไว้รักษามากที่สุด คือ 1 – 2 ครั้ง

3. ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีระดับภาระน้อย รองลงมา คือ ปานกลาง และ มีภาระมากตามลำดับ (ตารางที่ 5) แสดงว่า ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแล ซึ่งการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลนี้แตกต่างกันออกไป เมื่อพิจารณาแยกระดับภาระการดูแล ออกเป็นด้านรูปธรรม และ ด้านนามธรรม พบว่า ลักษณะข้อมูลระดับภาระการดูแล ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คล้ายคลึงกัน คือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ รับรู้ว่ามีระดับภาระการดูแลน้อย รองลงมา คือ ปานกลาง และ มีภาระมาก (ตารางที่ 6 และตารางที่ 7) การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลนั้น เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ลักษณะความผิดปกตินี้ จะมีลักษณะของความผิดปกติตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ แม้ว่าจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตาม (เลอสรณ์ พุ่มชูศรี, 2531) ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ที่ต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านต่างๆ นอกเหนือจากสิ่งที่เคยปฏิบัติอยู่ประจำ จึงส่งผลให้แบบแผนในการดำเนินชีวิต และ บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Musolf, 1991) อาจกล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อให้เกิดความยากลำบากทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนเศรษฐกิจ และ สังคม แก่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (Clark, Standard, 1996) ความยากลำบากดังกล่าว เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา หรือเรียกว่า เป็นภาระ (Bull, 1990) ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา เป็นต้นว่า การศึกษาของไพ และ คาเปอร์ (Pai, Kapur, 1981) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศอินเดีย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระการดูแลทั้งในด้านรูปธรรม และ ด้านนามธรรม รวมทั้งในประเทศไทยเอง รัชนิกร อุปเสน (2541) ได้ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลทั้งสองด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของไพ และ คาเปอร์ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้ พบว่า ระดับภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีกิจกรรมให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในวันอังคาร และวันพฤหัสบดี เพื่อให้ความรู้กับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนระบายความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เองทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และ มีความเข้าใจในธรรมชาติของโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็น มีวิธีการที่จะจัดการกับเหตุการณ์เฉพาะหน้าต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้การรับรู้ภาระ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟาวเลอร์ (Fowler, 1992) ที่ได้จัดโปรแกรมการให้ความรู้ กับ ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากนี้แฮมมอนและดีน (Hammond, Deans, 1995) ยามาชิต้า (Yamashita, 1996) และ แบดเจอร์ (Badger, 1996) ได้ศึกษาผลการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในญาติผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องธรรมชาติของโรคที่ผู้ป่วยเป็น มีวิธีการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุผลนี้เองจึงทำให้ผลการศึกษารั้งนี้ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจึงมีระดับการดูแลอยู่ในระดับน้อย

นอกจากเหตุผลดังกล่าวแล้ว เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมหรือ อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ คือ มีอาการน้อย ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการมาก เช่น ก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลอย่างมาก (Potaszik, Nelson, 1984) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการน้อยเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในระดับน้อย

4. ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การศึกษารั้งนี้ ได้หาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแล จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พฤติกรรมผู้ป่วย และ รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อธิบายได้ดังนี้

1) ปัจจัยด้านอาชีพ และ รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผลต่อภาระการดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Montgomery, et al., 1985 ; Biegel, et al., 1994) พบว่า รายได้หรือ ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลที่ต่ำ มีผลต่อภาระของผู้ดูแลโรคจิตเภท อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะรับรู้ว่าคุณเองมีภาระในการดูแลมาก สอดคล้องกับที่ บูล (Bull, 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลจากสมาชิกครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพอยู่แล้ว การมีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในความดูแล ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หากมีรายได้เพียงพออยู่แล้ว อาจไม่ได้รับผลกระทบมากเท่าใดนัก แต่ในทางตรงข้าม หากผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพแล้ว ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิม ทำให้การรับรู้ว่ามีภาระมากขึ้นด้วย

2) ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส มีผลต่อภาระการดูแล ยังไม่พบการศึกษาที่อธิบายความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรส กับ ภาระการดูแล เหตุผลที่ตัวแปรทั้งสองมีผลต่อกันอาจเป็นไปได้ว่าหากผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสคู่ จะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดีแก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ คู่สมรส บิดา / มารดา ญาติ หรือ บุคคลในครอบครัว (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 81.6 (ตารางที่ 1) ผลการศึกษาจึงพบว่า ระดับภาระการดูแลส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับน้อย

3) ปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วยมีผลต่อภาระของผู้ดูแล มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นลูก ผู้ดูแลที่เป็นสามี หรือ ภรรยา และ ผู้ดูแลที่เป็นบิดา หรือ มารดา มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นพี่น้อง หรือ ญาติ (Coward and Dwyer, 1990 ; Siegel et al., 1991 cited by Loukissa, 1995) ที่เป็นเช่นนั้น เพราะความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น ความรู้สึกผูกพันมีมากกว่า จึงทำให้การรับรู้ภาระการดูแลมีมากกว่า

4) ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ป่วย มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า พฤติกรรมที่ทำลาย หรือ รบกวนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลมากที่สุด และ เป็นตัวทำลายภาระของผู้ดูแล (Thomson, Doll, 1982 ; Reinhard, Horwitz, 1995) ที่เป็นเช่นนั้น เพราะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม หรือ อาการมาก ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการให้ยา ค่าเดินทางเสียเวลาที่ต้องนำผู้ป่วยโรคจิตเภทมาโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรม หรือ อาการ เช่น อาย โกรธ สงสารผู้ป่วย เป็นต้น ที่กล่าวมาทั้งหมด คือ ภาระการดูแลด้านรูปธรรม และ ด้านนามธรรม จึงพอสรุปได้ว่า หากผู้ป่วยมีพฤติกรรม หรือ อาการรุนแรง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลมากด้วย สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พฤติกรรม หรือ อาการของผู้ป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีอาการน้อย จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รับรู้ว่าภาระการดูแลของตนเองอยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ ปัจจัยเรื่องเพศ และ การศึกษา ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา พบว่ายังมีข้อค้นพบที่แตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่า เพศหญิง มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มากกว่าเพศชาย (Coward, Dwyer, 1990 ; Siegel et.al., 1991 cited by Loukissa, 1995) แตกต่างจากการศึกษาของ Reinhard and Horwitz , 1995) ที่พบว่าเพศ ไม่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า เพศมีผลต่อ

ภาวะการดูแลหรือไม่ ส่วนปัจจัยด้านการศึกษานั้น จากการศึกษาเอกสาร และ งานวิจัยไม่พบว่ามีการศึกษาไว้ อธิบายได้ว่า ตามปกติบุคคลที่มีการศึกษาน่าจะเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจ เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้ และ ทักษะในการวางแผนแก้ไขปัญหา (จอณพะจงเพ็งจาด, 2533) มีผลทำให้มองเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหา ส่งผลให้การรับรู้ภาวะการดูแลน้อย เพราะรู้ว่าจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ แต่ผลการศึกษานี้พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับ ภาวะการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และ ข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Discriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในด้านการดำรงรูปธรรม การดำรงนามธรรม และ ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยโรคจิตเภทมารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ระยะเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน 2544 ถึงเดือนมิถุนายน 2544 จำนวน 250 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ประกอบด้วย

เพศ

อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย เศรษฐกิจ และ รายละเอียดในการดูแล

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส พฤติกรรม / อาการของผู้ป่วย และ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ สกาวรัตน์ ภูผา (2543) ใช้แนวคิดมาจากแบบสัมภาษณ์ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ของไพร์ และ คาเปอร์ (Pai, Kapur, 1981) ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 2 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และ พยาบาลชำนาญการด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และ จิตเวช 2 ท่าน นำเครื่องมือมาปรับปรุง แก้ไข ตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความตรง และ ทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ 0.90

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึง วัตถุประสงค์ในการศึกษา ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และ สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วย โรคจิตเภท

การวิเคราะห์ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำเสนอข้อมูลเป็นเชิงปริมาณ ในลักษณะของการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ตามลักษณะข้อมูล วิเคราะห์การแจกแจงแบบปกติของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Kolmogoror – Smirnov One Sample Test วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภท โดยใช้ ANOVA Kruskal Test และ Mann – Whitney Test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไป ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ลักษณะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง จำนวน 131 คน เพศชาย จำนวน 119 คน มีอายุอยู่ในช่วงระหว่าง 46-60 ปี มากที่สุด จำนวน 104 คน รองลงมา คือ อายุระหว่าง 31-45 ปี จำนวน 77 คน อายุ 61 ปี ขึ้นไป จำนวน 45 คน และ อายุต่ำกว่า หรือ เท่ากับ 30 ปี จำนวน 24 คน สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่คู่ จำนวน 204 คน หม้าย จำนวน 23 คน โสด จำนวน 13 คน หย่า จำนวน 6 คน และ ร้าง จำนวน 4 คน ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา 1-6 จำนวน 212 คน มัธยมศึกษาตอนต้น 20 คน อนุปริญา และ ปริญญาตรี 12 คน มัธยมศึกษาตอนปลาย 4 คน สูงกว่าปริญญาตรี 2 คน อาชีพ ส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร 141 คน รับจ้าง 31 คน งานบ้าน 30 คน รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ 11 คน และ อื่นๆ 37 คน รายได้ไม่เพียงพอ 164 คน เพียงพอ 86 คน ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดา พบมากที่สุด จำนวน 214 คน พี่และ น้อง จำนวน 47 คน สามเณร/ภรรยา จำนวน 40 คน บุตร จำนวน 25 คน ญาติ และ อื่นๆ จำนวน 14 คน และพบว่า ผู้ดูแลมี ระยะเวลาที่ให้การดูแลอยู่ในช่วง 1-4 ปี มากที่สุด จำนวน 123 คน ช่วง 5-10 ปี จำนวน 80 คน อายุ 11 ปีขึ้นไป จำนวน 42 คน และน้อยกว่า 1 ปี จำนวน 5 คน

ผลการศึกษาพบว่า การศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยศึกษาจาก กลุ่มตัวอย่าง ที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 46-60 ปี สถานภาพสมรสคู่ มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเป็นบิดา / มารดา มากที่สุด รองลงมา

คือ พี่/น้อง ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพส่วนใหญ่ คือ เกษตรกร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอ และ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ 1-4 ปี ข้อมูลที่พบสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัว เช่น บิดา มารดา รองลงมา คือ สามี ภรรยา (Rose, 1996 ; วรภช นิธิกุล, 2535 ; อร่ามศรี เกสจินดา, 2534)

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ลักษณะผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 155 คน เพศหญิง จำนวน 95 คน อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 21-30 ปี จำนวน 97 คน รองลงมาอายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 75 คน พฤติกรรมอาการของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีอาการน้อย จำนวน 105 คน รองลงมามีอาการรุนแรง จำนวน 79 คน และ จำนวนครั้งที่รับไว้รักษามากที่สุดคือ 1-2 ครั้ง จำนวน 133 คน รองลงมาไม่เคย Admitted จำนวน 71 คน

ผลการศึกษาพบว่า สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุอยู่ระหว่าง 21 – 30 ปี และมีพฤติกรรมใน 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่มีอาการน้อย และจำนวนครั้งที่รับไว้รักษามากที่สุด คือ 1 – 2 ครั้ง

3. ระดับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

เมื่อพิจารณาภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยรวม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่รับรู้ว่าคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 66.0 รองลงมา คือ มีภาระในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 25.6 และมีภาระในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 8.4

โดยที่ภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ภาระด้านรูปธรรม และ ด้านนามธรรม จากการศึกษา ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านรูปธรรม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านรูปธรรมน้อย คิดเป็นร้อยละ 67.2 รองลงมา คือ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.0 และมีภาระมาก คิดเป็นร้อยละ 6.8 และ เมื่อพิจารณาระดับภาระการดูแลด้านนามธรรม พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านนามธรรม อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 64.4 รองลงมา คือ ปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 26.4 และ ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 9.2

ผลการศึกษาพบว่า ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ทำให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแล ซึ่งการรับรู้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลนี้แตกต่างกันออกไป เมื่อพิจารณาแยกระดับภาระการดูแลออกเป็นด้านรูปธรรม และ ด้านนามธรรม ซึ่งในด้านรูปธรรม หมายถึง ความยุ่งยากที่เกิดขึ้นกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากบทบาทการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่สามารถสังเกตได้ ได้แก่ ความยุ่งยากด้านเศรษฐกิจ การพักผ่อน ปัญหาด้านสุขภาพ และ ปัญหาด้านปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ส่วนภาระด้านนามธรรม หมายถึง ความรู้สึก ความตึงเครียดทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ ความรู้สึกสูญเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล สูญเสียงานประจำ สูญเสียเวลาในการพักผ่อน ความรู้สึกกลัว วิตกกังวล ความรู้สึกเป็นตราบาป ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ลักษณะข้อมูลระดับภาระการดูแล ของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าคล้อยถึงกัน คือ ผู้ดูแลส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีระดับภาระการดูแลน้อย รองลงมา คือ ปานกลาง และ มีภาระมาก (ตารางที่ 6 และตารางที่ 7) การที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระในการดูแลนั้น เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทของผู้ป่วย ลักษณะความผิดปกตินี้จะมีลักษณะของความผิดปกติตลอดช่วงชีวิตที่เหลือ แม้ว่าจะได้รับการบำบัดรักษาแล้วก็ตาม (เลอสรรรถ พุ่มชูศรี, 2531) ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแล ที่ต้องทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านต่างๆ นอกเหนือจากสิ่งที่เคยปฏิบัติอยู่ประจำ จึงส่งผลให้แบบแผนในการดำเนินชีวิต และ บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลเปลี่ยนแปลงไป (Musolf, 1991) อาจกล่าวได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อให้เกิดความยากลำบากทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ตลอดจนเศรษฐกิจ และ สังคม แก่ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย (Clark, Standard, 1996) ความยากลำบากดังกล่าว เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนา หรือเรียกว่า เป็นภาระ (Bull, 1990) ผลการศึกษาค้นคว้านี้มีความสอดคล้องกับหลายการศึกษา เป็นต้นว่า การศึกษาของไพ และ คาเปอร์ (Pai, Kapur, 1981) ที่ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศอินเดีย พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีภาระการดูแลทั้งในด้านรูปธรรม และ ด้านนามธรรม รวมทั้งในประเทศไทยเอง รัชนิกร อุปเสน (2541) ได้ศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลทั้งสองด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของไพ และ คาเปอร์ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้านี้ พบว่า ระดับภาระการดูแลอยู่ในระดับน้อย ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น มีกิจกรรมให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในวันอังคาร และ วันพฤหัสบดี เพื่อให้ความรู้ด้านโรคจิตเภท และการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่มให้สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนระบายความรู้สึกต่างๆ ที่

เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย สิ่งเหล่านี้เองทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และ มีความเข้าใจในธรรมชาติของโรคจิตเภทที่ผู้ป่วยเป็น มีวิธีการที่จะจัดการกับเหตุการณ์เฉพาะหน้าต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้การรับรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ฟาวเลอร์ (Fowler, 1992) ที่ได้จัดโปรแกรมการให้ความรู้ กับ ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ญาติของผู้ป่วยมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท นอกจากนี้แฮมมอนด์และดีน (Hammond, Deans, 1995) ยามาชิต้า (Yamashita, 1996) และ แบดเจอร์ (Badger, 1996) ได้ศึกษาผลการจัดกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาในญาติผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในเรื่องธรรมชาติของโรคที่ผู้ป่วยเป็น มีวิธีการดูแลผู้ป่วย ทำให้ญาติมีความมั่นใจ ในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ด้วยเหตุผลนี้เอง จึงทำให้ผลการศึกษารั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงมีระดับการดูแล อยู่ในระดับน้อย

นอกจากเหตุผลดังกล่าวแล้ว เมื่อพิจารณาข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมหรือ อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ คือ มีอาการน้อย ซึ่งจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการมาก เช่น ก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีภาระการดูแลอย่างมาก (Potaszik, Nelson, 1984) ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการน้อยเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้ผลการศึกษารั้งนี้ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท อยู่ในระดับน้อย

4. ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า

4.1 ปัจจัยด้านอาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พฤติกรรมผู้ป่วยโรคจิตเภท และ รายได้ของผู้ดูแล มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 ปัจจัยด้านเพศ และ การศึกษา ไม่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า การศึกษารั้งนี้ ได้หาปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปัจจัยด้านอาชีพ สถานภาพสมรส ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย พฤติกรรมผู้ป่วย และ รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนี้

- ปัจจัยด้านอาชีพ และ รายได้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีผลต่อภาระการดูแลสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา (Montgomery, et al., 1985 ; Biegel, et al., 1994) พบว่า รายได้ หรือ ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ดูแลที่ต่ำ มีผลต่อภาระของผู้ดูแลโรคจิตเภท อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ จะรับรู้ว่าตนเองมีภาระในการดูแลมาก สอดคล้องกับที่ บูล (Bull, 1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ ภาระในการดูแลจากสมาชิกครอบครัว ที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า ครอบครัวที่มีรายได้มาก จะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อธิบายได้ว่า การที่ผู้ดูแลมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีพอยู่แล้ว การมีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่ในความดูแล ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หากมีรายได้เพียงพออยู่แล้ว อาจไม่ได้รับผลกระทบมากเท่าใดนัก แต่ในทางตรงข้าม หากผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพแล้ว ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นจากเดิม ทำให้การรับรู้ว่ามีภาระมากขึ้นด้วย

- ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส มีผลต่อภาระการดูแล ยังไม่พบการศึกษา ที่อธิบายความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรส กับ ภาระการดูแล เหตุผลที่ตัวแปรทั้งสองมีผลต่อกัน อาจเป็นไปได้ว่าหากผู้ดูแลมีสถานภาพสมรสอยู่ จะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างดีแก่ผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่พบว่า แหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ คู่สมรส บิดา / มารดา ญาติ หรือ บุคคลในครอบครัว (เฟื่องลดา เคนไชยวงศ์, 2539) สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ ที่ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีสถานภาพสมรสอยู่ ร้อยละ 81.6 (ตารางที่ 1) ผลการศึกษา จึงพบว่าระดับภาระการดูแลส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับน้อย

- ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ กับผู้ป่วยมีผลต่อภาระของผู้ดูแล มีการศึกษาที่พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นลูก ผู้ดูแลที่เป็นสามี หรือ ภรรยา และ ผู้ดูแลที่เป็นบิดา หรือ มารดา มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มากกว่าผู้ดูแลที่เป็นพี่น้อง หรือ ญาติ (Coward and Dwyer, 1990 ; Siegel et al., 1991 cited by Loukissa, 1995) ที่เป็นเช่นนั้น เพราะความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น ความรู้สึกผูกพันมีมากกว่า จึงทำให้การรับรู้ภาระการดูแลมีมากกว่า

- ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้ป่วย มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จากการศึกษาก่อนหน้านี้ พบว่า พฤติกรรมที่ทำลาย หรือ รบกวนของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลมากที่สุด และ เป็นตัวทำลายภาระของผู้ดูแล (Thomson, Doll, 1982 ; Reinhard, Horwitz, 1995) ที่เป็นเช่นนั้น เพราะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรม หรือ อาการมากผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการให้ยา

ค่าเดินทางเสียเวลาที่ต้องนำผู้ป่วยโรคจิตเภทมาโรงพยาบาล เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมหรืออาการ เช่น อาย โกรธ สงสารผู้ป่วย เป็นต้น ที่กล่าวมาทั้งหมด คือ ภาระการดูแลด้านรูปธรรม และ ด้านนามธรรม จึงพอสรุปได้ว่าหากผู้ป่วยมีพฤติกรรม หรือ อาการรุนแรง จะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระในการดูแลมากด้วย สอดคล้องกับการศึกษาครั้งนี้ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่พฤติกรรม หรือ อาการของผู้ป่วยในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา มีอาการน้อย จึงทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท รับรู้ว่าการดูแลของตนเอง อยู่ในระดับน้อยเช่นเดียวกัน

- ปัจจัยด้านเพศ และ การศึกษา จากการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมา ที่พบว่ายังมีข้อค้นพบที่แตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่า เพศหญิง มีภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มากกว่าเพศชาย (Coward, Dwyer, 1990 ; Siegel et.al., 1991 cited by Loukissa, 1995) แตกต่างจากการศึกษาของ Reinhard and Horwitz , 1995) ที่พบว่า เพศ ไม่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่า เพศมีผลต่อภาระการดูแลหรือไม่ ส่วนปัจจัยด้านการศึกษา นั้น จากการศึกษาเอกสาร และ งานวิจัยไม่พบว่ามีการศึกษาไว้ อธิบายได้ว่า ตามปกติบุคคลที่มีการศึกษาน่าจะเป็นบุคคล ที่มีความรู้ ความเข้าใจ เหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ดี รู้จักใช้ความรู้ และ ทักษะในการวางแผนแก้ไขปัญหา (จอณพะจงเพ็งจาด, 2533) มีผลทำให้มองเห็นทางออกในการแก้ไขปัญหามา ส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลน้อย เพราะรู้ว่าจะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ แต่ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาที่ได้รับ ผู้วิจัยได้มีข้อเสนอแนะ การนำผลการวิจัยไปใช้ เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินงานในหลายด้าน ดังนี้

การนำผลการศึกษาไปดำเนินการให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย

ผลจากการวิจัยพบว่า ภาระในการดูแลผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท มีภาระในการดูแล แม้ว่าจะอยู่ในระดับน้อยเป็นส่วนใหญ่ แต่ถ้าผู้ดูแลต้องให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการพึ่งพามากต่อไป ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ก็มีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกัน ภาระต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล เพราะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดความทุกข์ และ ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะหากผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ไม่ได้รับการช่วยเหลือ เพื่อลดภาระการดูแล จะส่งผลให้โรงพยาบาลต้อง

รับภาระดูแลผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลมากขึ้น ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลไปพร้อมๆ กับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความมั่นใจ และ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วย และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ สิ่งต่างๆ เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รับรู้ว่าคุณรู้สึกเป็นภาระของตนเองลดลง

1. วางแผนให้การช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยจัดให้มีกลุ่มสนับสนุน และ ให้ความรู้ (Psychoeducation and Support Group) แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพราะจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องโรคจิตเภท การลดภาระให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และ ญาติทั้งผู้ป่วยใน และ ผู้ป่วยนอก เนื้อหาความรู้ที่ให้ เน้นเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรค การรักษา ฤทธิ์ของยา ความสำคัญในการรับประทานยา ผลที่เกิดเมื่อหยุดรับประทานยาเอง ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือ เมื่อรับประทานยา อาการสำคัญที่ควรมาปรึกษาแพทย์ การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลต่อผู้ป่วย และ ของตัวผู้ป่วยเอง ขณะอยู่ที่บ้าน การติดต่อขอรับยาเมื่อยาใกล้หมด เช่น การติดต่อขอรับยาคด้วยตนเอง หรือ ติดต่อขอรับยาทางไปรษณีย์ การทำบัตรสงเคราะห์ หรือ การขอสงเคราะห์เป็นครั้งคราว เมื่อมีปัญหาเรื่องเงิน เป็นต้น นอกจากนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย และ ญาติ ถามข้อข้องใจได้

การให้ความรู้แก่ประชาชนทั่วไป โดยการเผยแพร่ความรู้ทางวิทยุหรือเอกสารแผ่นพับวารสาร เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องโรค การรักษา การยอมรับ และ เข้าใจผู้ป่วยดียิ่งขึ้น ไม่พุดจาล้อเลียน หัวเราะเยาะ รังเกียจ หรือ หวาดกลัว

2. การพัฒนาความรู้แก่ผู้ดูแล และ แหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้เกิดความรู้เรื่องโรค และ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จากผลการศึกษาพบว่า ภาระในการดูแลส่งผลกระทบต่อเกิดขึ้นกับผู้ดูแล ในด้านเศรษฐกิจ การดำรงชีวิตประจำวัน ด้านกิจกรรมการพักผ่อนของครอบครัว ด้านการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว และ ด้านสุขภาพกาย และ สุขภาพจิต รวมทั้งความรู้สึกต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงควรมีการพัฒนาให้ความรู้ในรูปแบบต่างๆ

2.1 ในด้านตัวผู้ป่วย ในกรณีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล ควรจัดให้ความรู้ที่ติดผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เช่น การจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ดูแลก่อนจำหน่ายผู้ป่วยทุกครั้ง เนื้อหาในการให้ความรู้ควรประกอบด้วยความหมายของโรคจิตเภท สาเหตุ อาการของโรคจิตเภท ผู้ดูแลจะช่วยดูแล และ ช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่บ้านได้อย่างไร ซึ่งการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน สามารถทำได้เมื่อญาติ หรือ ผู้ดูแลมารับผู้ป่วยกลับบ้าน ใน

ลักษณะรายบุคคล หรือ รายกลุ่ม ส่วนผู้ป่วยที่อยู่รักษาในโรงพยาบาล ควรให้ความรู้ในการพัฒนาทักษะ ในการดูแลตนเอง ในกลุ่มเตรียมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เพื่อลดภาระแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และ ให้มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย

2.2 การจัดให้มีการให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วย เช่น มีการประชุมสัมมนาญาติ ผู้ดูแล และ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน เพราะจะได้ญาติ และ ผู้ดูแลจำนวนมาก ซึ่งผู้ดูแลมีโอกาสดูแลเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ทำให้มีกำลังใจ ลดความเครียด เกิดการเรียนรู้ พฤติกรรมใหม่ๆ มีแบบอย่างในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกต้อง

2.3 ถ้าพบว่าผู้ดูแลเป็นภาระ โดยไม่มีผู้ช่วยเหลือ เป็นผลให้ญาติ และ ผู้ดูแลเกิดภาระจากการให้การดูแลผู้ป่วย และ ต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ หรือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home health Care) จึงยังมีความจำเป็นในการที่จะส่งเสริมพัฒนาสุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และ เป็นสิ่งสำคัญในการที่จะพัฒนา เพื่อหารูปแบบการช่วยเหลือญาติ และ ผู้ดูแล เพื่อลดภาระที่เกิดขึ้นของญาติ และ ผู้ดูแล จากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 การเพิ่มบทบาทของญาติ และ ผู้ดูแล ในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาล หรือ ผู้เกี่ยวข้อง อาจต้องทบทวนวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วย และ ญาติ ให้มีการพัฒนา และ มีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้ความยืดหยุ่น และ เป็นไปตามความต้องการของญาติ และ ผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

2.5 การให้ความรู้เกี่ยวกับด้านเศรษฐกิจ จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแล และ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มีภาวะเศรษฐกิจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ทำให้มีภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถให้การช่วยเหลือ โดยการให้ข้อมูลเรื่องการทำบัตรสวัสดิการประชาชน ด้านการรักษาพยาบาล การประสานงานกับแพทย์ เพื่อส่งผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง หรือ การให้ความรู้เกี่ยวกับ ภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เช่น ความรู้เกี่ยวกับการรับบริการส่งซื้อยาทางไปรษณีย์ การใช้ระบบส่งต่อ (Referral system) เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และ ระยะเวลาในการเดินทางมาติดต่อกับโรงพยาบาล หรือ การใช้บริการบัตรประกันสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อลดค่าใช้จ่ายเรื่องค่ายาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยในแต่ละครั้ง และ การทำบัตรสงเคราะห์ต่อปีของโรงพยาบาล ในกรณีที่ผู้ดูแล หรือ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท มีรายได้น้อย เพื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

3. การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

3.1 พัฒนาเรื่องการเผชิญปัญหาให้แก่ผู้ดูแล และ ครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลต้องมีภาระในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการสอนรูปแบบการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแก่ญาติ เมื่อต้องเผชิญกับความเครียด ทั้งเป็นรายบุคคล และ รายกลุ่ม เนื่องจากการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม มีผลทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตดี และการดูแลผู้ป่วยที่บ้านก็จะมีประสิทธิภาพตามมาด้วย

3.2 การติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ในรายที่พบว่ามีปัญหารุนแรง ในเรื่องของเจตคติต่อผู้ป่วยหรือปฏิบัติต่อผู้ป่วย ควรให้สถานบริการสาธารณสุขในชุมชน และบุคลากรหรืออาสาสมัคร สาธารณสุขในชุมชนนั้นๆ มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้าน ให้ความช่วยเหลือให้คำแนะนำ และ ร่วมกับครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อย่างต่อเนื่อง

3.3 จัดทำคู่มือ เอกสาร แผ่นพับ หรือเสียงตามสาย ทั้งในตึกผู้ป่วย และ ผู้ป่วยนอกแก่ญาติ และ ประชาชนทั่วไป ญาติ ผู้ดูแล หรือ แหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชน จะได้เกิดเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท และ ให้การสนับสนุนญาติ และ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

3.4 ประสานงานกับกลุ่มงานจิตเวชชุมชน เพื่อเผยแพร่บทความเกี่ยวกับความรู้พร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ที่เน้นในเรื่องของความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรค และการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เจตคติต่อผู้ป่วย การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การรับรู้การเผชิญปัญหา และ การสนับสนุนทางสังคม เพื่อนำไปเผยแพร่ที่หอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ชุมชนยอมรับเกิดความเข้าใจ และ ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับครอบครัวขณะอยู่ในชุมชน

4. ในกรณีที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีปัญหา ในเรื่องการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ หรือ พบว่าญาติ และ ครอบครัวปฏิเสธไม่ยอมรับผู้ป่วย เกิดจากการมีเจตคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ควรมีการนัดญาติผู้ป่วยที่มีเจตคติที่ดี และ ไม่ดีต่อผู้ป่วย เพื่อมาเข้ากลุ่มในจำนวนคละกัน ในลักษณะกลุ่มปิด (Closed group) และ ต่อเนื่อง เพื่อให้ญาติได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนปัญหาที่เกิดขึ้น และ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้ญาติ และ ผู้ดูแลยอมรับผู้ป่วย มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วย สามารถดูแลให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานๆ ไม่มีอาการกำเริบ และ ไม่กลับมารักษาซ้ำ และ เป็นการช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยอีกทางหนึ่งด้วย

5. ควรมีระบบการประสานงาน และ ส่งต่อกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ ในชุมชน เช่น โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และ สถานีตำรวจ เป็นต้น เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วย และ

ครอบครัวในการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการจัดประชุมวิชาการต่างๆ เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในชุมชน ตลอดจนร่วมวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย และ ครอบครัวให้สามารถ ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติม เกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ที่นอกเหนือจากการใช้แบบวัดแล้ว ควรจะมีคำถามปลายเปิด ที่ถามถึงปัญหา อุปสรรค และ ความต้องการของญาติในการดูแล และ ให้มีการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลในชุมชน ที่จะทำการศึกษาเพื่อส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่านั้น ควรทำการศึกษาในญาติผู้ป่วยโรคจิตชนิดอื่นๆ รวมทั้งญาติของผู้ป่วยโรคประสาท ด้วยว่าให้ผลแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
3. ศึกษาภาระที่เกิดขึ้นจากการให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ของญาติผู้ดูแลที่อยู่ในกลุ่มผู้มีรายได้น้อยปานกลาง และมีรายได้สูง
4. ศึกษาเปรียบเทียบภาระของญาติผู้ดูแล จากการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในระยะเวลาที่ต่างกัน
5. ศึกษาผลของการติดตามเยี่ยมบ้าน ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
6. ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ศึกษาเปรียบเทียบผล ของการให้ความรู้ กับการติดตามเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยจิตเภท
8. ศึกษากระบวนการให้การช่วยเหลือที่มีประสิทธิภาพ ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ที่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

บรรณานุกรม

1. เกษม ต้นดิผลาชีวะ บรรณาธิการ ตำราจิตเวช เล่ม 1 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
2. กรมสุขภาพจิต และราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2539. การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท : คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : บี.อี.เอ็ม. จำกัด.
3. กรมสุขภาพจิต, โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. 2541. รายงานสรุปผลการปฏิบัติงาน. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
4. กรมสุขภาพจิต. แผนแม่บทการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2542 – 2546 (ร่าง) นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต, 2541.
5. จารุวรรณ ต. สกุล. 2524. ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
6. จอนพะจง เพ็งจาด. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจภายใน – ภายนอกตน ด้านสุขภาพปัจจัยพื้นฐานบางประการกับความสามารถในการดูแลตนเองในหญิงอาชีพพิเศษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
7. จีดี เจริญสรรพ. การดำเนินงานโครงการพยาบาลจิตเวชกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารพยาบาล, 2538
8. ดวงตา อุทุมพฤษพร. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัว และครอบครัว กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
9. ครุณี คชพรหม. ผลของกลุ่มระดับประกอบและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์ มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543
10. นันทนา รัตนกร (2536) ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เขตจังหวัดนนทบุรี. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 1(3) : 57-69.

11. ประไพศรี บุรณางกูร. การศึกษาความวิตกกังวลของญาติผู้ป่วยโรคจิต. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา, 2538.
12. ประรณนา บริจันท์ และคณะ. 2536. การศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
13. ปรีชา อินท. รายงานการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ปี 2541 เรื่องการปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิตฝ่าวิกฤตเศรษฐกิจ กรุงเทพฯ ยี่มการพิมพ์, 2541.
14. ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช. ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
15. เพ็ญกลดา เคนไชยวงศ์. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างการพึ่งพาของผู้ป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม และภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
16. ภาวดี การเร็ว. ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท. โรงพยาบาลสวนปรุง. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2541.
17. มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 4) กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์, 2542.
18. มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 5) กรุงเทพฯ : สวีชาญการพิมพ์, 2543.
19. ยาใจ สิทธิมงคล. ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่เจ็บป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์, 2538.
20. รัชนิกร อุปเสน. 2541. การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
21. รายงานประจำปี 2544. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น และศูนย์สุขภาพจิตเขต 6 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2544.
22. เลอสรณ์ พุ่มชูศรี. 2531. โรคจิตเภท. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

23. วังนี หัตถพนม และคณะ. 2529. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษา
ซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
24. วังราภรณ์ ลือไชยงค์. ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว ที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้
ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์,
2541.
25. วรภช นิธิกุล. 2535. การศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
26. ศิริพร จิรวัฒน์กุล. ชุมชนกับการอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วยจิตเวช เอกสารประกอบการบรรยายการ
ประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 10 ของสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย
เรื่องครอบครัวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิตครอบครัว วันที่ 18-20 สิงหาคม 2536.
27. สกาวรัตน์ ภูผา. 2543. ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
28. อร่ามศรี เกสจินดา. 2538. ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อ
ความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขาพจิต
คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
29. อุมพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษารอบครัว. กรุงเทพฯ : เฟื่องฟ้าพรินติ้ง,
2540.
30. Anderasen, N.C and others. 1990. Positive and Negative Symptoms in Schizophrenia.
Archives of General Psychiatry 47 : 615-621.
31. Anderson, E.A and Lynch, M.N. 1984. A family impact analysis the deinstitutionalization of
the mentally ill. **Family Relation** 33 : 41-46.
32. American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental
disorders 1995** (4th ed.) Washington, DC : American Psychiatric Association.
33. Bagger, F.A. 1996. Living with depression : Family member experience and treatment
need. **Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services**, 34
(1) : 21-29.
34. Biegel, D.E., Milligan, S.E., Putnam, P.E and Song, 1994. Predictors of Burden among
lower socioeconomic status caregiver of persons with chronic mental
illnesses. **Community Mental Health Journal** 30 : 473-494.

35. Braithwaite, V. 1992. Caregiver burden : Making the concept scientifically useful and policy relevant. **Research on Aging** 14 (1) 3-27.
36. Brown, C.W, Birley, J.L and Wing J.K. 1972. Influence of family life on the course of schizophrenic disorder : A replication. **British Journal of Psychiatry** 121 : 241-258.
37. Bull, M.J. 1990. Factors Influencing Family Caregiving Burden and Health. **Western Journal of nursing Research** 12 (6) : 758-776.
38. Cantor, M. 1983. Strain among care-givers : A study of experience in the United States. **The Gerontologist** 23 : 597-604.
39. Clark, M and Standard, P.L. 1996. Caregiver Burden and the Structural Family Model. **Family and Community Health** 18(4) : 58-66.
40. Coward, R and Dwyer, J. 1990. The association of gender, sibling network composition, and patterns of parent care by adult children. **Research on Aging** 12 : 158-181.
41. Eakes, C.C. 1995. Chronic Sorrow : The Lived Experience of parents of Chronically Mentally ill Individuals. **Archives of Psychiatric Nursing** 9 (2) : 77-84.
42. Elizbeth, M.V. 1999. Schizophrenic disorders. **Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing** (3th ed.) 625-680. New York : Basic book.
43. Fadden, C., Bebbington, Pand Knipers, A. 1987. The burden of care the impact of functional psychiatric illness on the patient's family **British Journal of Psychiatry** 150 : 285-292.
44. Fowler,L. 1992. Family Psychoeducation : Chronic psychiatrically ill coribbeam patient. **Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services** 30 (3) ; 27-32.
45. Greenberg, S.J., Greenley, R.J., Mc kee, D., Brown, Rand Griffin – Francell, C. 1993. Mothers Caring for an Adult child with Schizophrenia : The Effects of Subjective Burden on Mental Health. **Family Relations** 42 (2) : 205-211.
46. Horowitz, A. 1985. **Family caregiving to the frial elderly.** In Lawton & Moddcox (Eds.) *Amuanl review of geriatric and gerontology.* New York : Springer.
47. Herz, M.I. Endicoll, J and Spizer, R.L. 1976. Brief value Standard hospitalization : The families. **American Journal of Psychiatry** 12 : 165-176.

48. Hoening, J and Hamilton, M. 1966. The schizophrenia patient in the Community and his effect on the household. **International Journal of Social Psychiatry** 12 (3) : 165-176.
49. Ip, G.S.H. and Mackenzie, A.E. 1998. Caring for Relatives with Serious Mental Illness at Home : The Experiences of family carers in Hong Kong. **Archives of Psychiatric Nursing** 12 (5) : 288-294.
50. Jones, L.S. 1996. The Association between Objective and Subjective Caregiver Burden. **Archives of Psychiatric Nursing** 10 (2) : 77-84.
51. Kavanagh, D.J. 1992. Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 160 : 601-620.
52. Leff, J. 1995. Research on expressed emotion the state of the art. **International Journal Mental Health** 24 (2) : 3-6.
53. Lefley, H. 1987. Impact of mental illness in families of mental health professionals. **Journal of Nervous and Mental Disease** 175 : 613-619.
54. Loukissa, A.D. 1995. Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. **Journal of Advanced Nursing** 21 (2) : 248-255.
55. Maurin, J and Boyd, C. 1990. Burden of mental illness on the family : a critical review. **Archives of Psychiatric Nursing** 4 : 99-107.
56. Minister of Supply and Service Canada. 1991. **Schizophrenia a Handbook for Family**. Ottawa : Health Service and Promotion Branch.
57. Mino, Y., Tanaka, S., Inoue, S., Isuda, T., Babazono, A and Aoyama, H. 1995. Expression emotion components in families of schizophrenic patients in Japan. **International Journal Mental Health** 24 (2) : 38-49.
58. Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G and Hooyman, N.R. 1985. Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations** 34 : 19-26.
59. Musolf, J.M. 1991. Easing the impact of the Family Caregiver's Role. **Rehabilitation Nursing** 16 (2) : 82-84.
60. Orem, D.F. **Nursing : concept of Practice** 1991 (4th ed). New York : McGraw Hill.

61. Pai, S and Kapur, L.R. 1981. The Burden on the Family of a psychiatric patient : Development of an Interview Schedule. **British Journal of Psychiatry** 138 : 323-335.
62. Parker, B.A. 1993. Living with Mental Illness : The family as Caregiver. **Journal of Psychosocial Nursing** 31 (3) : 19-21.
63. Platt, s. 1985. Measuring the burden of Psychiatric illness on the family : An evaluation of some rating scales. **Psychological Medicine** 15 : 383-393.
64. Potasznik, H and Nelson, G. 1984. Stress and social support : the burden experienced by the family of mentally ill person. **American Journal of community Psychohlogy** 12 : 589-607.
65. Provencher, L.L. 1996. Objective burden Among Primary Caregiver of Persons with Chronic Schizophrenia. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 3 (3) : 81-87.
66. Provencher, H.L., Fournier, J.P and Dupis, N. 1997. Schizophrenia : Revisited. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 4 (2) : 275-285.
67. Reinhard, S and Horwitz. 1995. Caregiver Burden : Differentiating the Content and Conoequencas of Family Caregiving. **Journal of Marriage and the Family** 57 (3) : 741-750.
68. Rose, L.E. 1996. Families of Psychiatric Patients : A Critical Review and Future Research Directions. **Archives of Psychiatric Nursing** 10 (2) : 67-76.
69. Thompson, E and Doll, W. 1982. The burden of families coping with the mentally ill : and invisible crisis. **Family Relation** 31 : 379-388.
70. Thompson, E.H., Futterman, A.M., Gallagher – Thompson , D., Rose, J.M. and Lovett, S.B. 1993. Social support and caregiving burden in family caregiver of frail elders. **Journal of Gerontology** 48 : 245-254.
71. Vaughn, C and Leff, J. 1976. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. **British Journal of social and Clinical Psychology** 15 : 157-165.
72. Yamashita, M. 1996. A Study of How Families Care for Mental Ill Relative in Japan. **International Nursing Review** 43 (4) : 121-125.

ภาคผนวก ก.
แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์

แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์

เลขที่แบบสัมภาษณ์

--	--	--

คำชี้แจง

แบบบันทึกข้อมูลที่ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1. อายุ.....ปี

--	--

2. เพศ 1. ชาย

--

2. หญิง

3. ระดับการศึกษา

--

1. ประถมศึกษา

2. มัธยมศึกษา

3. มัธยมศึกษา / ปวช.

4. อนุปริญญา / ปวส.

5. ปริญญาตรี

6. สูงกว่าปริญญาตรี

4. อาชีพ

--

1. งานบ้าน

2. รับจ้าง

3. เกษตรกร

4. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ

5. อื่นๆ ระบุ.....

5. สถานภาพ

--

1. โสด

2. คู่

3. หย่า

4. ม่าย

5. ร้าง

6. อื่นๆ ระบุ.....

6. ท่านมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอย่างไร

☐

1. บิดา / มารดา
2. สามี / ภรรยา
3. บุตร
4. พี่ / น้อง
5. ญาติ
6. อื่นๆ ระบุ.....

7. เศรษฐกิจของผู้ดูแล

☐

1. เพียงพอ
2. ไม่เพียงพอ

8. ท่านดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน.....เดือน.....ปี

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

1. เพศ 1. ชาย
2. หญิง

☐

2. อายุ.....ปี

3. พฤติกรรมหรืออาการของผู้ป่วยใน 1 เดือนที่ผ่านมา

--	--	--	--	--

(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

1. มีพฤติกรรมก้าวร้าวเอะอะโวยวาย
2. มีอาการหลงผิด เช่น หวาดระแวง
3. มีอาการประสาทหลอน เช่น มีหูแว่ว
4. มีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น พุดคนเดียว ยกมือไหว้
5. ไม่สนใจในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ช่วยทำงาน
6. อาการสงบ

4. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยมาแล้ว เป็นเวลา.....เดือน.....ปี

--	--

5. จำนวนครั้งในการ Admitted.....ครั้ง

--	--

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจงสำหรับผู้สัมภาษณ์

กรุณาสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชตามแนวทางการสัมภาษณ์ โดยให้ผู้สัมภาษณ์ทำเครื่องหมายถูก ในช่องที่ตรงกับความคิด หรือความรู้สึกของผู้ดูแล เกี่ยวกับภาระที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีและไม่รู้สึกเป็นภาระ	ให้คะแนน 1
มีและรู้สึกเป็นภาระน้อย	ให้คะแนน 2
มีและรู้สึกเป็นภาระปานกลาง	ให้คะแนน 3
มีและรู้สึกเป็นภาระมาก	ให้คะแนน 4

คำชี้แจงสำหรับผู้ดูแล

การสัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นการประเมินผลกระทบหรือความยุ่งยากต่างๆ ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้สัมภาษณ์จะถามคำถาม เกี่ยวกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชีวิต หรือ ความรู้สึกของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยในระหว่าง 1 เดือน ที่ผ่านมามาว่าส่งผลให้ท่านมีความยุ่งยากอย่างไร โปรดตอบตามความคิด หรือ ความรู้สึกของท่านจริงๆ คำตอบที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์ในการหาแนวทางช่วยเหลือท่าน และ ผู้ป่วยต่อไป

ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	ระดับภาระของผู้ดูแล				สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	
1. ท่านต้องใช้จ่ายเงินเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เช่น ค่ายา ค่าเดินทาง ค่าการรักษาที่บ้านอื่นๆ 2. ท่านต้องการนำเงินที่สะสมไว้ นำทรัพย์สินที่มีอยู่มาขายหรือต้องกู้ยืมเงินเพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วย 3. การเจ็บป่วยของผู้ป่วยมีผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันของท่าน เช่น ไม่ได้ทำงาน ไม่ได้ทำงานบ้าน 4. พฤติกรรมของผู้ป่วยรบกวนการดำรงชีวิตของท่าน เช่น ผู้ป่วยรบกวนจนไม่ได้รับประทานอาหาร ไม่ได้นอนหลับพักผ่อน 5. ท่านต้องดูแลผู้ป่วยจนไม่มีเวลาพักผ่อนในยามว่าง 6. ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมทางสังคม ที่เคยทำได้ เช่น การไปพุดคุยกับเพื่อน การไปเยี่ยมญาติ การไปวัด การไปช่วยงานบุญ หรือการเดินทางไปทำบุญ 7. การเจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้บรรยากาศในบ้านท่านเปลี่ยนแปลงไป เช่น ตึงเครียด น่าเบื่อ น่ากลัว เจ็บ 8. สัมพันธภาพครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวท่านไม่ดี เช่น พุดคุยน้อยลง มีความขัดแย้งในครอบครัว ไม่สนใจกัน 9. สัมพันธภาพครอบครัวท่านกับครอบครัวอื่นไม่ดี เนื่องจากพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย จนทำให้มีการโต้เถียง ต่อว่าบาดหมางใจกัน					

ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช	ระดับภาระของผู้ดูแล				สำหรับ ผู้วิจัย
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	
10. สุขภาพร่างกายของท่านแย่ลง เช่น ผอม น้ำหนักลด อ่อนเพลีย สุขภาพจิตอ่อนแอไม่แข็งแรง 11. ท่านได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมก้าวร้าวหรือ หวาดระแวงของผู้ป่วย 12. ท่านเป็นทุกข์จากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จนท่าน ต้องแสวงหาความช่วยเหลือด้านจิตใจ เช่น การพูด การพูดคุยปรึกษาคณอื่น ไปหาหมอดู หรือพระ 13. ท่านกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วยหรือสมาชิก อื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น อนาคตของลูก 14. ท่านรู้สึกยุ่งยาก หรือหนักใจเมื่อผู้ป่วยไม่ให้ความ ร่วมมือในการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา การช่วยงานที่พอทำได้ 15. พฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้ท่านรู้สึกกลัว 16. ท่านรู้สึกโกรธเมื่อผู้ป่วยไม่เชื่อฟังท่าน หรือมี พฤติกรรมไม่เหมาะสม 17. เจ็บป่วยของผู้ป่วยทำให้ท่านรู้สึกเบื่อหน่าย หรือ หมดหวัง 18. ท่านรู้สึกอายที่มีผู้ป่วยในครอบครัวท่าน หรือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม 19. การดูแลผู้ป่วยทำให้ท่านรู้สึกท้อแท้ หรือหมดหวัง 20. ท่านรู้สึกสูญเสียที่ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่ เขาเคยเป็น 21. ท่านรู้สึกดำเนินตนเองที่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ เต็มที่					

ภาคผนวก ข.
แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

อ.เมือง จ.ขอนแก่น

เรื่อง ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย

เรียน ญาติผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน

ดิฉัน นางสาวรัตน์ ทะมั่งกลาง พยาบาลวิชาชีพ 7 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กำลังทำวิจัยเรื่อง “การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการดูแลของญาติผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพ เข้าใจสภาพการดูแลของญาติผู้ป่วยมากขึ้น และสามารถนำไปเป็นแนวทางในการให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

การวิจัยครั้งนี้จำเป็นต้องได้รับข้อมูลตามความรู้สึนึกคิดและความเป็นจริงของท่าน คำตอบของท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิจัย ดิฉันจึงใคร่ขอความร่วมมือท่านในการตอบแบบสัมภาษณ์ ดิฉันขอรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจากท่าน และผู้ป่วยจะเก็บรักษาความลับ ทั้งนี้ข้อมูลจะนำเสนอเป็นเพียงผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น หากท่านสนใจและยินดีให้ความร่วมมือ โปรดลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบฟอร์มข้างล่าง ในการวิจัยครั้งนี้ไม่ว่าท่านจะสนใจเข้าร่วมหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อท่านและผู้ป่วยทั้งในปัจจุบันและอนาคต ดิฉันหวังอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่าน และขอขอบพระคุณล่วงหน้ามา ณ โอกาสนี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวรัตน์ ทะมั่งกลาง)

แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดหนังสือขอความร่วมมือในการวิจัย และได้รับคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย และการตอบแบบสัมภาษณ์จาก นางสาวรัตน์ ทะมั่งกลาง แล้ว ข้าพเจ้ามีความเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ 2544