

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน^๑

บุญวดี เพชรรัตน์^๑

เขาวนาถ สุวลักษณ์^๒

Abstract :

Factors related to caregivers' caring behaviors for chronic schizophrenic patients at home

Petcharat B, Suwaluk Y.

Department of Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing,

Prince of Songkla University, Hat Yai, Songkhla, 90110, Thailand

Counseling Unit, Songkhla Rajanagarind Psychiatric Hospital, Songkhla, 90000, Thailand

Songkla Med J 2003; 21(4): 249-258

Objective: To study caregivers' caring behaviors and factors related to caregivers' caring behaviors for chronic schizophrenic patients at home.

Design: Descriptive study

Materials and methods: Two hundred and fifty caregivers of chronic schizophrenic patients were selected by simple random sampling technique at the out-patient department of Songkhla Neuro-Psychiatric Hospital, Songkhla, Thailand. Data were collected using the caregivers' caring behaviors for chronic schizophrenic patients at home questionnaire and analyzed using basic statistics and stepwise multiple regression.

Results: The caregivers' caring behaviors for chronic schizophrenic patients score was at a moderate level. The highest caring behavior score was the psychosocial care and the lowest was the spiritual care. In each caring activity, the highest frequent practice was "giving love to the patient according to his/her family social status" and the lowest frequent practice was "caring

^๑ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ครอบคลุมทั่วประเทศ

^๑ค.บ. (พยาบาลศาสตรศึกษา : การพยาบาลจิตเวชขั้นสูง), กศม. (การแนะแนว), รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

^๒ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์, หัวหน้างานบริการให้การปรึกษา โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ อ.เมือง จ.สงขลา 90000

รับต้นฉบับวันที่ 10 มีนาคม 2546 รับลงตีพิมพ์วันที่ 10 ตุลาคม 2546

for patients' elimination". Stepwise multiple regression analysis revealed that twenty-five percent of the variance of caring behaviors was accounted for by four factors: knowledge of mental illness and caring, relations with the patient, perception of the patients' self-care abilities and sex.

Conclusions: The caregivers are more concerned with psychosocial than other aspects care for their schizophrenic patients. Their caring behaviors depend on the caregivers' knowledge of mental illness and caring, relations with the patient, the patients' self-care abilities and the caregivers' sex.

Key words: chronic schizophrenic patient, caring behavior at home, caregiver

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติกรรมการณ์ดูแลและปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

แบบวิจัย: การวิจัยเชิงบรรยาย

วัสดุและวิธีการ: กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากประชากรที่นำผู้ป่วยที่จิตแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา และเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มีจำนวนทั้งสิ้น 250 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพื้นฐาน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษา: โดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยกลุ่มพฤติกรรมการณ์ดูแลที่มีคะแนนสูงสุดคือ การดูแลด้านจิตสังคม และกลุ่มพฤติกรรมการณ์ดูแลที่มีคะแนนต่ำที่สุดคือ การดูแลด้านจิตวิญญาณ เมื่อพิจารณาตามกิจกรรมการดูแลพบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติกันมากที่สุดคือ "การให้ความรักแก่ผู้ป่วยตามสถานภาพทางสังคมของผู้ป่วย" และกิจกรรมที่ปฏิบัติกันน้อยที่สุดได้แก่ "การดูแลการขับถ่าย" ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการดูแลรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยสามารถรวมกันอธิบายพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้ร้อยละ 25

สรุป: กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในด้านจิตสังคมมากกว่าด้านอื่น ๆ และการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและเพศของผู้ดูแล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง, พฤติกรรมการณ์ดูแลที่บ้าน, ผู้ดูแล

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญปัญหาหนึ่ง จากสถิติของโรงพยาบาลจิตเวช สถาบันสุขภาพจิต พุทธศักราช 2541 พบว่าประเทศไทย มีผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 500,000 ราย หรือประมาณร้อยละ 1 ของประชากร โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังแม้ได้รับการรักษา โดยประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีอาการกำเริบได้อีก¹ จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง² โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือจากผู้ที่ทำ

หน้าที่ดูแล (caregiver) เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน พบว่า ผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มักกลับป่วยซ้ำ (relapse) ต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะ ๆ ทำให้สูญเสียงบประมาณและเป็นภาระในการดูแลรักษาทั้งกับผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลและรัฐบาล ซึ่งการดูแลผู้ป่วยทางจิตที่บ้านมักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอย่างมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ ทำให้ขาดรายได้หรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ยิ่งจะทำให้ญาติซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านรับรู้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระ (burden)

รวมทั้งอาการและอาการแสดงที่ยังคงเหลืออยู่และความบกพร่องในการดูแลตนเองเกือบทุกเรื่องกระตุ้นให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลมีความตึงเครียด ส่งผลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านด้วย³ ในต่างประเทศได้พยายามลดปัญหาการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ โดยจัดโครงการที่ชื่อว่า "โครงการป้องกันการกำเริบของโรค (relapse)" มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกำเริบของโรคแก่ผู้ป่วยและญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ในครอบครัว การสังเกตอาการเตือน (warning signs) ซึ่งเป็นอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการทางจิตรุนแรง และเน้นให้ผู้ป่วยมาตรวจและรับยาจิตตามนัดอย่างต่อเนื่อง⁴ ส่วนในประเทศไทย หน่วยงานของรัฐ เช่น สถาบันสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาวิธีการลดอัตราการกำเริบของโรคจิตเภท โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสามารถลดอัตราการกำเริบของโรคได้ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการ โดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกเลยในช่วง 1 ปีถัดมา ร้อยละ 50 ยังมีจำนวนครั้งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเหมือนเดิม⁵ เช่นเดียวกับการศึกษาผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งแบบแผนการดูแลนั้นเป็นกิจกรรมที่ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยการสอน แนะนำ สาธิต สนทนา แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์กับพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่าก่อนได้รับการดูแล โดยใช้แบบแผนดังกล่าวและสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างไรก็ตาม มีรายงานการวิจัยที่ศึกษาพบว่าตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ต่อเนื่อง นอกจากการมีความรู้แล้ว จะต้องมีความตั้งใจ มีความสนใจ ให้ความร่วมมือและการมีวินัยในการปฏิบัติด้วย⁷ โดยพบว่า ญาติที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านส่วนใหญ่แม่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการดูแลผู้ป่วยก็จะพยายามลองผิดลองถูกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

จะเห็นว่ารายงานการวิจัยที่ผ่านมามุ่งเน้นการศึกษาผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยและการให้ความรู้ ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวหรือผู้ป่วย ส่วนการศึกษาพฤติกรรมการดูแลและการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านอื่นๆ ยังมีน้อยมาก ดังนั้นการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านจะเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังขณะอยู่ที่บ้าน
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังขณะอยู่ที่บ้านและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และเศรษฐกิจของครอบครัวของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรับรู้แหล่งช่วยเหลือ การรับรู้ของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และการรับรู้ผลกระทบจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (simple sampling random) จากประชากรคือ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง คือป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานอย่างน้อย 3 ปี โดยเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้เข้าใจและเป็นผู้นำผู้ป่วยเข้ามารักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลประสาทสงขลา จังหวัดสงขลา ในระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2544 มีจำนวนประมาณ 500 ราย ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 250 ราย จากตารางการสุ่มตัวอย่างที่ค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความคลาดเคลื่อน (E) $\pm 5\%$ ของประชากร 500 ราย มีจำนวนตัวอย่างเท่ากับ 223 ราย⁸

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ด้านการรักษาและติดตามช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านอย่างน้อย 5 ปี จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน ภายหลังปรับปรุงเนื้อหาแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่มีคุณลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย เพื่อตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) หรือความเข้าใจต่อข้อคำถามอีกครั้งหนึ่งและ วิเคราะห์ความเที่ยง (reliability) ของแบบสอบถามตามลักษณะแบบสอบถามซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้คือ

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านประกอบด้วยปัจจัยด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

1.1 ปัจจัยด้านประชากรและปัจจัยทั่วไป ประกอบด้วยปัจจัยด้านประชากรของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพและเศรษฐกิจของครอบครัว ส่วนปัจจัยทั่วไปของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือเป็นแบบสอบถามแบบเติมคำและเลือกตอบ

1.2 การรับรู้ของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างแบบประเมินนี้โดยปรับใช้จากแบบประเมินผู้ป่วยจิตเวชของศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์¹⁰ เป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก มีจำนวน 12 ข้อ มีค่าความเที่ยงจากการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.93

1.3 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล มีจำนวน 22 ข้อ สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารการศึกษานำร่องและประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนของผู้วิจัย เป็นแบบประเมินค่า 2 ระดับ คือ ใช่ และไม่ใช่ มีค่าความเที่ยงโดยใช้สูตร KR-21 เท่ากับ 0.78

1.4 การรับรู้ผลกระทบจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล จำนวน 11 ข้อ สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร การศึกษานำร่องและประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนของผู้วิจัยเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยงจากการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.93

2. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล มีจำนวน 49 ข้อ สร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การศึกษานำร่องและประสบการณ์การปฏิบัติงานในชุมชนของผู้วิจัยจำแนกพฤติกรรมการดูแลเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณ ลักษณะเป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ มีค่าความเที่ยงจากการทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.92 โดยการดูแลด้านสุขภาพร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคมและการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีค่าแอลฟาเท่ากับ 0.89, 0.94 และ 0.88 ตามลำดับ

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลประสาทสงขลา และ

ขอความร่วมมือจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกในการคัดกรองผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมารับการรักษาตามคุณสมบัติที่กำหนด รักษาสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยขออนุญาตและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล อธิบาย ทำความเข้าใจเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถาม การเก็บรักษาข้อมูลและการนำเสนอผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนที่เบี่ยงเบนมาตรฐาน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.80 มีอายุเฉลี่ย 48.2 ± 11.9 ปี อายุน้อยที่สุด 20 ปี และมากที่สุด 76 ปี ส่วนใหญ่มีอายุ 56 ปีขึ้นไป ร้อยละ 35.6 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือ เป็นพ่อหรือแม่ คิดเป็นร้อยละ 53.60 ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 69.60 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 70.40 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 43.60 และร้อยละ 78.8 ประกอบอาชีพที่มีรายได้ประจำ รับรู้เศรษฐกิจของครอบครัวอยู่ในระดับพอมีพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 83.2 มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 10 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 34.40 โดยเฉลี่ยได้ดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 7.80 ± 4.90 ปี น้อยที่สุด 3 ปี และมากที่สุด 30 ปี ร้อยละ 52.80 ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 71.60 รับรู้สภาพอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านว่ามีอาการทั่วไปค่อนข้างดี โดยผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง ส่วนใหญ่หรือร้อยละ 54.40 เชื่อว่าสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความไม่สบายใจของผู้ป่วย ร้อยละ 52.40 มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอยู่ในระดับดี และรู้ว่าตนเองได้รับผลกระทบจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยต่อความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวันในระดับน้อย (mean = 1.07, S.D. mean = 0.76)

เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าโดยภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง (mean = 1.98, S.D. mean = 0.91) กลุ่มพฤติกรรมที่ปฏิบัติกันมากที่สุดคือ การดูแลด้านจิตสังคม (mean = 2.33, S.D. mean = 0.83) ส่วนกลุ่มพฤติกรรมที่ปฏิบัติกันน้อยที่สุดคือ การดูแลด้านจิตวิญญาณ (mean = 1.54, S.D. mean = 1.15) (ตารางที่ 1) เมื่อจำแนกตามกิจกรรมการดูแล พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติกันมากที่สุด คือ การให้ความรักแก่ผู้ป่วยตาม

สถานภาพทางสังคมของผู้ป่วย (mean = 2.91, S.D. mean = 0.28, S.D. mean = 0.78) รองลงมาคือ ดูแลเรื่องการขับถ่าย (mean = 0.30, S.D. mean = 0.76) และให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาการขับถ่าย (mean = 0.30, S.D. mean = 0.67) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านจำแนกตามลักษณะกิจกรรมการดูแล

ลักษณะกิจกรรมการดูแล	Mean	S.D.	n = 250
			แปลผลคะแนน (ตามระดับการปฏิบัติ)
พฤติกรรมดูแลด้านสุขภาพร่างกาย	1.64	0.95	ปานกลาง
1. ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ให้ยา พาไปหาแพทย์	2.76	0.60	มาก
2. สังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อการช่วยเหลือทันที	2.68	0.62	มาก
3. ให้ผู้ป่วยกินอาหารเช่นเดียวกับคนในบ้าน	2.66	0.78	มาก
4. ดูแลการรักษาต่อเนื่องเมื่อกลับบ้าน	2.59	0.80	มาก
5. สังเกตปัญหาการหลับนอน	2.47	0.90	มาก
6. ดูแลการกินอาหารให้ครบทุกมื้อ	2.40	0.95	มาก
7. หากนอนไม่หลับ นอนมาก ไม่นอนจะนำพบแพทย์ทันที	2.31	0.91	ปานกลาง
8. ติดตามดูแลเรื่องความเป็นอยู่ทั่วไป	2.30	0.98	ปานกลาง
9. สอบถามปัญหาการนอน	2.28	0.87	ปานกลาง
10. ดูแลให้ผู้ป่วยช่วยงานบ้านบ้าง	1.90	1.21	ปานกลาง
11. จัดหาอาหารที่ผู้ป่วยชอบเมื่อมีโอกาส	1.87	0.98	ปานกลาง
12. สังเกตความเปลี่ยนแปลงของความอยากอาหาร	1.69	1.09	ปานกลาง
13. ดูแลให้ดื่มน้ำสะอาดทุกครั้งอย่างเพียงพอ	1.46	1.29	น้อย
14. ดูแลความสะอาดของเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม	1.44	1.28	น้อย
15. ดูแลเรื่องที่หลับที่นอนให้	1.12	1.22	น้อย
16. ดูแลเรื่องการแต่งกาย	1.05	1.18	น้อย
17. กระตุ้นให้ออกกำลังกายเป็นประจำ	1.03	1.12	น้อย
18. ดูแลเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย	0.90	1.21	น้อย
19. สอบถามปัญหาการขับถ่าย	0.41	0.78	น้อย
20. ดูแลเรื่องการขับถ่ายอุจจาระเป็นประจำ	0.30	0.76	น้อย
21. เมื่อมีปัญหาการขับถ่ายของจะให้การช่วยเหลือ	0.30	0.67	น้อย
22. ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะว่าเป็นปกติหรือไม่	0.28	0.73	น้อย
พฤติกรรมดูแลด้านจิตสังคม	2.33	0.83	มาก
23. ให้ความรักแก่ผู้ป่วยตามสถานภาพทางสังคม	2.91	0.32	มาก
24. สอบถามพูดคุยถึงทุกข์สุขของผู้ป่วยเป็นประจำ	2.78	0.46	มาก
25. สังเกตอาการแปลก ๆ ได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการ	2.75	0.56	มาก
26. เคารพบทบาททางสังคมของผู้ป่วย	2.73	0.60	มาก
27. สังเกตสีหน้าท่าทางที่แสดงถึงความไม่สบายใจ	2.71	0.57	มาก
28. สื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเปิดเผย	2.70	0.60	มาก
29. สอดส่องดูแลการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย	2.68	0.78	มาก
30. เป็นที่ปรึกษาผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง	2.68	0.66	มาก
31. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับคนอื่น ๆ ในบ้าน	2.66	0.73	มาก
32. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยคำนึงถึงการกระทบกระเทือนใจ	2.64	0.66	มาก

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกิจกรรมการดูแล	Mean	S.D.	n = 250
			แปลผลคะแนน (ตามระดับการปฏิบัติ)
33. รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยบอกเล่าอย่างตั้งใจ	2.41	0.76	มาก
34. สร้างความรู้สึกรักใคร่โดยให้กำลังใจ	2.40	0.97	มาก
35. ไม่โต้แย้งถกเถียงกับผู้ป่วยเมื่อมีพฤติกรรมแปลก ๆ	2.36	0.84	มาก
36. สอบถามความรู้สึกความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ	2.34	0.95	มาก
37. ร่วมคิดแก้ไขปัญหากับผู้ป่วย	2.30	0.89	ปานกลาง
38. ให้โอกาสในการทำงานในบ้าน	2.24	1.11	ปานกลาง
39. เป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีโดยลดการทะเลาะเบาะแว้งๆ	2.15	0.91	ปานกลาง
40. ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจบ้าง	2.12	1.07	ปานกลาง
41. ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนคนทั่วไปปฏิบัติต่อกัน	2.10	0.95	ปานกลาง
42. ไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยคนเดียวหากพบมีอาการแปลก ๆ	2.08	1.07	ปานกลาง
43. กระตุ้นให้มีกิจกรรมการผ่อนคลายเป็นประจำ	1.78	1.04	ปานกลาง
44. หากมีกิจกรรมประจำวันไม่เหมาะสมจะรีบปรึกษาแพทย์	1.60	1.08	น้อย
45. ให้โอกาสไปเที่ยวนอกบ้านกับครอบครัว	1.48	1.15	น้อย
46. สร้างงานสร้างอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วย	1.34	1.35	น้อย
ด้านจิตวิญญาณ	1.54	1.15	ปานกลาง
47. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อของครอบครัว	1.90	1.16	ปานกลาง
48. จัดหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจให้	1.37	1.15	น้อย
49. ปฏิบัติกิจทางศาสนาร่วมกับผู้ป่วย	1.36	1.16	น้อย
รวม	1.98	0.91	มาก

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านโดยการวิเคราะห์หัตถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเพศของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยปัจจัยดังกล่าวสามารถรวมกันอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามคือ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้ร้อยละ 25 และปัจจัยที่มีความสามารถในการอธิบายตัวแปรตามหรือพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้สูงคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและ

การดูแลรักษาสามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้ร้อยละ 10 เมื่อเพิ่มตัวแปรความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย จะสามารถอธิบายพฤติกรรมกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21 ส่วนปัจจัยหรือตัวแปรที่อธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามได้น้อยคือ การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และปัจจัยด้านเพศของผู้ดูแล โดยพบว่าเมื่อเพิ่มปัจจัยดังกล่าวตามลำดับ สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21 เป็นร้อยละ 23 และร้อยละ 25 เท่านั้น (ตารางที่ 2) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมากมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านน้อย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทน้อยกลับมีพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านมาก กลุ่มตัวอย่างที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โดยเป็น พ่อ/แม่หรือสามี/

ภรรยา มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างไม่ใช่พ่อ/แม่หรือสามี/ภรรยาจะมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยน้อย กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมากมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก แต่กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยมาก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลน้อย

วิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านในด้านจิตสังคมมากกว่าการดูแลผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ อาจเป็นผลจากความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมีสาเหตุจากความไม่สบายใจเป็นปัญหาด้านจิตสังคมของผู้ป่วยสอดคล้องกับแนวคิดหลักของทฤษฎีการรับรู้การเข้าใจที่ว่าตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ที่สำคัญ ได้แก่ ความเชื่อ มุมมองต่อเรื่องนั้น ๆ¹¹ ส่วนพฤติกรรมดูแลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติกันน้อยที่สุดคือ การดูแลในด้านจิตวิญญาณ ซึ่งจากประสบการณ์ที่กลุ่มตัวอย่างเคยนำผู้ป่วยมารับการรักษาแล้วผู้ป่วยก็มีอาการดีขึ้นและกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ทุกครั้ง ทำให้มีความหวังกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณที่ไม่สามารถอธิบายและเห็นผลการรักษาที่แน่นอน เมื่อจำแนกพฤติกรรมตามกิจกรรมการดูแล พบว่า กิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติมากที่สุดเป็นอันดับแรก

คือ การให้ความรักแก่ผู้ป่วยตามสถานภาพทางสังคม รองลงมาคือ การสอบถามพูดคุยถึงทุกข์สุขของผู้ป่วยเป็นประจำ ซึ่งอธิบายได้ว่าการปฏิบัติดังกล่าวอาจมีอิทธิพลจากวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบทที่ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งที่ให้การดูแลแบ่งปันความรักความอบอุ่นและเป็นที่พักพิงทางใจของสมาชิกยามประสบปัญหา¹² ยังเห็นคุณค่าสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ และสายใยสัมพันธ์ของพ่อแม่ บุตรและเครือญาติ แม้ว่าปัจจุบันผู้ดูแลจะรู้สึกเครียดหรือรู้สึกถูกคุกคามจากการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป โดยพยายามพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจและมีสัมพันธ์ภาพที่ดี¹³ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยก็ขัดแย้งกับผลงานวิจัยบางเรื่อง ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนหนึ่งประเมินสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังว่าเป็นภาวะคุกคามและรู้สึกเครียดอย่างมาก¹⁴ ส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัวในด้านลบด้วย¹⁵ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางอารมณ์ ไม่พึงพอใจกับการไร้ความสามารถของผู้ป่วยได้¹⁶ และพฤติกรรมที่ครอบครัวแสดงออกคือ การเบียดเบียนผู้ป่วยไปสักระยะหนึ่ง การเอาใจใส่และช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยลง¹⁷ ส่วนกิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติกันน้อยที่สุดได้แก่ การดูแลเรื่องการขับถ่าย เป็นไปได้ว่าปัญหาสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังไม่ใช่ปัญหาสำคัญเท่ากับปัญหาทางจิตอารมณ์¹⁴ และผู้ป่วยจิตเวชมักมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ทำเองได้หรือผู้ป่วยไม่บอกปัญหาการขับถ่ายให้ผู้ดูแลทราบก็ได้ หรือแม้ผู้ป่วยท้องผูกก็เพียงได้รับประทานยาระบายก็เพียงพอก็เป็นได้

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หัตถดอยพหุคูณแบบขั้นตอนในการเลือกตัวแปรอิสระที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลโดยรวมของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

ลำดับที่	ตัวแปร	b	Beta	R ²	P-value
1.	ความรู้ความเข้าใจ	- 23.86	- 0.32	0.10	< 0.001
2.	ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	27.04	0.33	0.21	< 0.001
3.	ความสามารถในการดูแลตนเอง	00.56	0.16	0.23	< 0.001
4.	เพศของผู้ดูแล	- 08.79	- 0.11	0.25	< 0.001

p < 0.001

เพศ : เพศหญิง = 0, เพศชาย = 1

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

ความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา = 0, ความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา = 1

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ได้แก่ การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และปัจจัยด้านเพศของผู้ดูแลซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วย ทางจิตและการดูแลผู้ป่วยมากจะมีพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยน้อย ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวน้อย กลับมีพฤติกรรมการณ์ดูแลมาก อาจกล่าวได้ว่าแม่ผู้ทำหน้าที่ดูแล ผู้ป่วยที่บ้านจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดี ก็ได้เป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตนั้น ๆ จะมีพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยดีด้วยเสมอไป ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า แม่กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวน้อย แต่ก็สามารถให้การดูแลได้ อาจเป็นเพราะการมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมาแล้วอย่างน้อย 3 ปีนั้น อาจจะเป็นประสบการณ์การลองผิดลองถูกจนสามารถเรียนรู้กลวิธีที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยของตนเองได้ในที่สุด ซึ่งมีรายงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทางจิตจะตื่นตัวอยู่เสมอ พยายามใกล้ชิดผู้ป่วย หากไม่สามารถดูแลด้วยตนเองได้ก็จะพยายามขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น¹⁸ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัย ครั้งนี้ขัดแย้งกับรายงานการวิจัยในเรื่องที่คล้ายคลึงกันหลาย ๆ เรื่องที่พบว่า การมีความรู้ความเข้าใจมีผลต่อการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในทางบวกด้วย เช่น ผลการวิจัยเรื่อง "การป้องกันการกำเริบของโรค (relapse)" โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา (psycho-education) แก่ญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าสามารถลดอัตราการกำเริบได้ถึงร้อยละ 50⁵ ในด้านความสัมพันธ์กับผู้ดูแลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นพ่อ/แม่หรือสามี/ภรรยาจะมีพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยมาก ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ใช่พ่อ/แม่หรือสามี/ภรยามีพฤติกรรมการณ์ดูแลน้อย อาจเนื่องจากพ่อ/แม่หรือสามี/ภรยามีพฤติกรรมการณ์ดูแลเป็นระบบพื้นฐานด้านการช่วยเหลือทางสังคมของครอบครัว และมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการให้ความร่วมมือในการบำบัดรักษาผู้ป่วย¹⁹ ในด้านการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่พบว่า หากผู้ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่รับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองมาก ผู้ดูแลก็จะมีพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยมากด้วย และหากรับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองน้อย กลับมีพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยน้อยไปด้วย อาจกล่าวได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบ่งชี้ถึงการหายหรือทุเลาจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจและให้การดูแลในเรื่องต่างๆ ได้มากกว่า

ในทางตรงข้ามหากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังไม่สามารถดูแลตนเองได้หรือดูแลตนเองได้น้อยย่อมเป็นภาระให้กับผู้ดูแลในทุกเรื่องมักพบกวนจิตอารมณ์และชีวิตประจำวันของผู้ดูแลเป็นระยะเวลาอันนานเป็นภาวะคุกคามและรู้สึกเครียดอย่างมาก¹⁴ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลมีปัญหาทางอารมณ์ มีผลต่อความไม่พึงพอใจกับการไร้ความสามารถของผู้ป่วยได้ และจะรู้สึกเบื่อหน่ายผู้ป่วยไปสักกระยะหนึ่ง การเอาใจใส่และช่วยเหลือผู้ป่วยน้อยลงด้วย¹⁷ ส่วนปัจจัยด้านเพศพบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยมาก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยน้อย ซึ่งพบว่าผู้รับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมักมีบทบาทเป็นแม่ของผู้ป่วยด้วย²⁰ อาจเนื่องจากลักษณะสังคมวัฒนธรรมไทยที่ผู้หญิงมีบทบาทในครอบครัวโดยเป็นแม่บ้านเป็นผู้ดูแลบุตร และผู้คนบริวารในบ้าน^{18, 21} อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้สามารถร่วมกันอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้เพียงร้อยละ 25 อธิบายได้ว่าน่าจะมียปัจจัยอื่น ๆ ที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษามีอิทธิพลต่อการดูแลด้วย เช่น ความเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่าตัวแปรอิสระหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ เศรษฐฐานะ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้แหล่งช่วยเหลือ การรับรู้สภาพอากาศของผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และผลกระทบต่อการทำงานประจำวันของผู้ดูแลไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้อย่างชัดเจน ($p < 0.05$) อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนาน การหายจากการเจ็บป่วยก็ไม่สมบูรณ์ มักทิ้งร่องรอยของความเจ็บป่วยไว้ มีสติการกลับเป็นซ้ำสูง และที่สำคัญอาการเจ็บป่วยทางจิตมักทำให้ผู้ดูแลจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกถูกคุกคามข่มขู่ และเผชิญกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเป็นประจำ¹⁶ ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องมีความรัก ความผูกพัน ห่วงใย อดทน อดกลั้นในการอยู่ดูแลผู้ป่วย ต้องมีความรับผิดชอบและมีจิตสำนึกในการเป็นผู้ดูแลอย่างมาก เพราะดังนั้นปัจจัยที่ไม่เกี่ยวข้องกับความรัก ความผูกพันและความรับผิดชอบโดยตรง อาจไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ชัดเจนก็ได้

สรุป

พฤติกรรมการณ์ดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านจะเป็นอย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ที่

หน้าที่ดูแลผู้ป่วยเอง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและผู้ที่ทำหน้าที่ดูแล การรับรู้ของผู้ดูแลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และเพศของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญและผู้ดูแลให้ความสนใจการดูแลผู้ป่วยในด้านจิตสังคมของผู้ป่วยมากกว่าด้านอื่น ๆ ส่วนกิจกรรมการดูแลที่ผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านปฏิบัติกันน้อยที่สุด เป็นการดูแลเรื่องการขับถ่ายของผู้ป่วย จากผลการวิจัยดังกล่าว บุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านควรให้ความสำคัญกับพฤติกรรมดูแลของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้านโดยเฉพาะในส่วนที่ยังปฏิบัติกันน้อย ได้แก่ การดูแลด้านจิตวิญญาณเพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องเจ็บป่วยเรื้อรังมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และมีความหวังในการดำรงชีวิต การดูแลเรื่องการขับถ่ายของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ซึ่งมักมีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านสุขอนามัยอยู่แล้วเมื่อมีปัญหาการขับถ่ายซึ่งอาจเกิดจากผลข้างเคียงของยาต้านโรคทางจิตที่ต้องรับประทานต่อเนื่อง หรือจากเหตุอื่นใด ก็ไม่สามารถสื่อสารขอความช่วยเหลือจากผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลได้ รวมทั้งควรพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้น เพื่อการส่งเสริมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ควรมีการศึกษาวิจัยโดยนำตัวแปรหรือปัจจัยที่สามารถอธิบายพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยมาศึกษาในเชิงทดลอง เพื่อยืนยันผลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

เอกสารอ้างอิง

- Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 5th ed. Maryland: Williams and Wilkins, 1995.
- Boomsma J, Dingemans CAJ, Dassen WW. The Nursing process in crisis-oriented psychiatric home care. J Psychiatr Ment Health Nurs 1997; 4: 295-301.
- จลี เจริญสรรพ. การดำเนินงานโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร, 2542.
- Watson R, Modeste NN, Catolico O, Crouch M. The relationship between caregiver burden and self-care deficits in former rehabilitation patients. Rehabil Nurs 1998; 23: 258-262.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. ความก้าวหน้าของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2542; 44: 171-179.
- สุวิมล สมัตถะ, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2542; 13: 24-31.
- Pilz ME. Education of youth for tooth and oral health, 4 aspects of behavior modification, family education, initiative, and responsibility. Stomatol DDR 1990; 40: 236-240.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากลำบากใจแก่ญาติขณะอยู่ที่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2535; 7: 29-35.
- ศิริชัย กาญจนวาสี, ทวีวัฒน์ ปิตยานนท์, ดิเรก ศรีสุโข. การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาลโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สำหรับผู้ปฏิบัติงาน. ฉบับแก้ไขครั้งที่ 7. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร, 2542.
- Galanti GA. Caring for patients from different cultures. Baltimore: University of Pennsylvania Press, 1997.
- ภัสสร สิมานนท์. บทบาทของผู้ชายกับปัญหาครอบครัวไทยในปัจจุบัน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2541; 43: 258-265.
- วิภาวรรณ ชุ่ม. ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา, ประอรนุช ตุลยาทร. ปัจจัยที่กำหนดภาวะสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 2538; 13: 76-85.
- Johnson BJ. Psychiatric mental health nursing : Adaptation and growth. 4th ed. Philadelphia : Lippincott, 1997.
- Hyde AP. Coping with the threatening, intimidating, violent behavior of people with psychiatric abilities living at home: guidelines for family caregivers. Psychiatr Rehabil J 1997 fall; 21: 144-149.
- Hoyert DL, Seltzer MM. Factors related to the well-being and life activities of family caregivers. Fam Relat 1992; 4: 74-81.

18. เวทีนี้ สุขมาก, อุไรวรรณ โชครัตน์หิรัญ, เอมททัย ศรีจันทร์หล้า. ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 107-117.
19. Shiau SJ, Chang SR. The life space of offsprings with schizophrenic parents: the primary study of patients' and spouses' perceptions. Nurs Res (China) 1993; 1: 218-230.
20. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2542; 13: 32-44.
21. วันเพ็ญ บุญประกอบ. ความรัก ความผูกพันของครอบครัวในยุค 2000. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2543; 45: 11-16.