

# คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชน จังหวัดลำปาง

กระสิน เขียวปิง พ.บ., เสาวนีย์ กุลเสวตร์ พย.ม.

โรงพยาบาลแม่ทะ ตำบลแม่ทะ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง 52150

## Abstract: Quality of Life and Factors Affecting Care Burden of Caregivers of Chronic Schizophrenia Patients in the Community, Lampang Province

Krasin Kheowping, M.D., Saowanee Kulsawet, M.N.S.

Mae Tha Hospital, Mae Tha, Mae Tha, Lampang Province 52150

(E-mail: p1965.jiw@gmail.com)

(Received: 30 August, 2022; Revised: 27 January, 2023; Accepted: 8 February, 2023)

**Background:** People with schizophrenia cannot fully support themselves. They need to be closely supervised and monitored by caregivers. Consequently, the burden of caregivers of schizophrenia patients is an issue that should be taken into consideration and solved. **Objective:** This study aimed to explore the quality of life and factors related to the burden of care among caregivers of chronic schizophrenia patients. **Methods:** A cross-sectional correlational study was conducted. Results should add QOL and caregivers burden scores, then data about factors affecting care were collected from 545 caregivers of admitted schizophrenic patients in Lampang Hospital and 12 community hospitals in Lampang Province. Data were collected using questionnaires consisting of 3 parts: 1) caregivers' personal information, 2) WHO's quality of life assessment form, and 3) patient care burden measurement form with Cronbach's alpha coefficient confidence value of 0.93. Data were analyzed with Stepwise Multiple Regression analysis. **Result:** The result showed that the quality of life of the caregivers was at a good level, and the burden of taking care of patients was low. Factors that could mostly predict the burden of the work among caregivers of schizophrenia patients were the relationship with the patient and the duration of taking care of the patient, respectively. It was found that age, duration of patient care, and the relationship with the patient altogether could predict the burden of taking care of schizophrenia patients. **Conclusion:** The care burden of caregivers of schizophrenia patients is related to the quality of life of caregivers, which is both a modifiable and irreversible factor. The healthcare team may have to coordinate with communities and related agencies to promote the occupation and provide extra income, ask questions about the patients' symptoms, and encourage them to take medicines to help them better control their symptoms. This will result in a better quality of life for caregivers as well as reduce their burden.

**Keywords:** burden of care, quality of life, caregivers, schizophrenic patients

### บทคัดย่อ

**ภูมิหลัง:** ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ต้องได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ซึ่งภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจและได้รับการช่วยเหลือ

**วัตถุประสงค์:** ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

**วิธีการ:** เป็นการวิจัยภาคตัดขวางแบบหาความสัมพันธ์ (cross-sectional correlational study) ในผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภท จำนวน 545 รายที่มารับบริการในโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลชุมชน 12 แห่งของจังหวัดลำปาง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินคุณภาพชีวิต ขององค์การอนามัยโลก และแบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วย มีความเชื่อเท่ากับ 0.93 วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสถิติด้วยสมการถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression analysis) **ผล:** คุณภาพชีวิต

โดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับดี ภาระในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับน้อย ปัจจัยที่สามารถทำนายภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้มากที่สุด คือ สัมพันธภาพกับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ตามลำดับ โดยพบว่า อายุ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และสัมพันธภาพกับผู้ป่วยสามารถร่วมกันทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ **สรุป:** ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ ทีมสุขภาพอาจมีการประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพหารายได้เสริม สอบถามอาการ และการรับประทานยาเพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคุมอาการได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น และลดภาวะเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้

**คำสำคัญ:** ภาระการดูแล คุณภาพชีวิต ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท

## บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทหรือ schizophrenia มีลักษณะโรคที่มีความเรื้อรังและทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่การทำงาน และมีผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมในระยะยาว ทำให้ผู้ดูแลบางรายเกิดความเครียด และรู้สึกเป็นภาระต่อการดูแลผู้ป่วยได้ การศึกษาคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของ ผู้ดูแลที่ผ่านมาทั้งในยุโรป แอฟริกา และเอเชียพบว่าความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันได้ตามบริบทของวัฒนธรรมแต่ละท้องที่กล่าวคือ การศึกษาในทวีปยุโรปที่มีการเปรียบเทียบสองประเทศที่มีปัจจัยการเข้าถึงการรักษาและกระบวนการรักษาแตกต่างกันพบว่าส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย<sup>1</sup> จากรายงาน HDC กระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> ปี 2564 พบว่าจำนวนผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเข้ารับบริการทั้งหมด 315,693 คน 1,464,444 ครั้ง ข้อมูลจังหวัดลำปาง<sup>3</sup> พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทขึ้นทะเบียนรับการรักษาทั้งหมด 4887 คน ได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 12 แห่ง จำนวน 3,577 คน และติดตามความต่อเนื่องในการรักษาโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ป่วยจิตเภทถึงแม้จะมีอาการทุเลาลงแต่ยังไม่สามารถปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวันได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท จะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ไม่ตรงความเป็นจริง อารมณ์แปรปรวน การตัดสินใจไม่เหมาะสม มีพฤติกรรม ทางสังคมไม่เหมาะสม และบกพร่องในการดูแลตัวเอง<sup>3</sup> จึงมีความจำเป็นที่ ผู้ป่วยต้องมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ ซึ่งต้องใช้เวลาต่อเนื่องและยาวนาน ผู้ดูแลหลักต้องปฏิบัติหน้าที่นอกเหนือจากบทบาทเดิม ต้องเรียนรู้บทบาทใหม่ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ส่งผลให้การใช้ชีวิตประจำวัน และการปฏิบัติตัวของผู้ดูแล ตลอดจนจนสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลาและแรงกายแรงใจในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดซึ่งเป็นงานหนัก<sup>4</sup> ทั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ญาติในครอบครัวซึ่งปกติมีภาระที่ต้องปฏิบัติ ของตนเองและครอบครัวอยู่แล้ว และต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยจึงทำให้มีความกดดัน<sup>5</sup> ความยากลำบากที่เป็นผล

จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ภาวะเชิงปรนัย (objective burden) และภาวะเชิงอัตนัย (subjective burden) โดยภาวะเชิงปรนัย เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ได้แก่ หน้าที่การงานเปลี่ยนแปลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง และการเกิดปัญหาสุขภาพ ส่วนภาวะเชิงอัตนัย เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการตอบสนองทางอารมณ์ ทัศนคติของผู้ดูแล เช่น รู้สึกท้อแท้ในการต้องดูแลผู้ป่วย วิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมทั้งกังวลต่ออาการทางจิตที่รุนแรงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ การต้องเผชิญกับความรู้สึกเป็นตราบาป และอับอายที่มีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิต ทำให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์รู้สึกรับภาระหนักส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล<sup>6</sup> ซึ่งผลกระทบต่อเกิดขึ้นทำให้ผู้ดูแลเกิดความพร่องในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยลดลง ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลมีผลต่อการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทหากผู้ดูแลมีความสามารถไม่เพียงพอ อาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงได้

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยลดความหนักใจและลดความกังวล สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะส่งผลให้อัตราการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง จากการศึกษาของ<sup>7</sup> พบว่าการได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแบบกลุ่มทำให้ผู้ดูแลสามารถควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการช่วยลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ และจากการศึกษาของ<sup>8</sup> พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลส่งผลโดยตรงต่อผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่มีความรู้ต่ำจะใช้วิธีการเผชิญความเครียดในทางลบ

จากผลการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลสงขลานครินทร์<sup>9</sup> พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ ความทุกข์ใจ ในการดูแล อาการกำเริบของผู้ป่วย และโรคประจำตัวทางกายของผู้ดูแล ในขณะที่ผลการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระ ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท<sup>10</sup> พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าร้อยละ 12.9 และมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 23.0

จากความสำคัญของปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่ภาวะซึมเศร้าและความรู้สึกเป็นภาระพบได้ค่อนข้างบ่อยในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท การประเมินภาวะเหล่านี้จึงเป็นสิ่งสำคัญ รวมทั้งสถานการณ์ของจังหวัดลำปางที่เกิดอุบัติเหตุการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย และอาจเกิดผลกระทบต่อวงกว้างภายในชุมชน รวมทั้งพบว่ายังไม่เคยมีการศึกษาถึงผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วย (care giver) ของจังหวัดลำปาง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนจังหวัดลำปาง โดยคาดหวังว่าจะนำผลการศึกษาไปกำหนดเป็นนโยบายและแนวทางการบริหารจัดการภาระโรคทางจิตเวชของจังหวัดลำปางให้สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทของพื้นที่

## วัตถุประสงค์และวิธีการ

**รูปแบบการศึกษาวิจัย** การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางแบบหาความสัมพันธ์ (cross-sectional correlational study) วัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ 1. เพื่อศึกษาภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลลำปางและโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 12 แห่งของจังหวัดลำปาง 2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ รายได้ ระยะเวลา ในการดูแล และคุณภาพชีวิต โดยการศึกษาวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปางตามเอกสารรับรองเลขที่ E2565-042

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ในการศึกษาครั้งนี้ประชากรคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการ โรงพยาบาลลำปางและโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 12 แห่ง ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 3482 ราย กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับบริการ โรงพยาบาลลำปางและโรงพยาบาลชุมชนทั้งหมด 12 แห่ง มีชื่ออยู่ในข้อมูลประวัติทะเบียน ในโปรแกรม Hos xp ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของโรงพยาบาลทั้ง 13 แห่ง ในปีงบประมาณ 2564 เลือกตัวอย่างเป็นบุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกันกับผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเกี่ยวข้องเป็น บิดา มารดา บุตร พี่ หรือน้อง รวมถึง

บุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยไม่ได้รับค่าจ้างค่าตอบแทนใด ๆ และมีระยะเวลาดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ทั้งหมด 545 ราย แยกเป็นรายสถานบริการ 13 แห่งร้อยละ 15 จากประชากรของแต่ละสถานบริการ ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเมษายน 2565 - มิถุนายน 2565

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลและแบบสอบถาม 3 ส่วน เป็นแบบสอบถามที่สัมภาษณ์โดยทีมวิจัย ได้แก่

**ส่วนที่ 1** แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลผู้วิจัยสร้างเอง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย และระดับ การศึกษา

**ส่วนที่ 2** แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL BREF THAI) มีการศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Cronbach's alpha coefficient) = 0.8406 ค่าความตรง เท่ากับ 0.6515 (WHOQOL-BREF THAI) ทบทวนและปรับปรุงโดยสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล<sup>11</sup> และคณะ จำนวน 26 ข้อ คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยเมื่อผู้ตอบรวมคะแนนทุกข้อได้คะแนนเท่าใด สามารถเปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ดังนี้

องค์ประกอบ	การมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตที่ดี
ด้านสุขภาพกาย	7-16	17-26	27-35
ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40
คุณภาพชีวิตโดยรวม	26-60	61-95	96-130

**ส่วนที่ 3** แบบวัดภาระในการดูแลผู้ป่วย ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดภาระในการดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี (2544)<sup>12</sup> ซึ่งเป็นแบบวัดที่ดัดแปลงมาจากแบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถของ Montgomery, et al (1985)<sup>13</sup> ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามาแล้วและจากการนำไปใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คนวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (reliability) ของเครื่องมือโดยวิธี Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.93 แบบประเมินมีจำนวนทั้งหมด 24 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้านได้แก่ ภาระเชิงปรนัย และภาระเชิงอัตนัย

ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต 5 ด้าน ที่มีผลจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความมีอิสระ

ลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง หน้าที่การทำงานเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งแบบวัดภาระเชิงปรนัยนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความทางลบทั้ง 12 ข้อ

ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) ความรู้สึกเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลง การตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกและทัศนคติของผู้ดูแล ที่เกิดจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เป็นข้อความในทางบวก 1 ข้อ ข้อความทางลบ 11 ข้อ ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับการประเมินภาระจะประเมินตามความรู้สึกของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย คำถามแต่ละข้อจะตรงกับความรู้สึกของผู้ดูแลมากที่สุดเพียงใดดังนี้

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

คะแนนที่ได้นำมาพิจารณาภาวะโดยรวมแต่ละด้านแยกกัน โดยให้ผู้ตอบประเมินข้อความในแต่ละข้อด้วยคะแนน 1-5 คะแนน รวมคะแนนทั้งหมดแล้วหาค่าเฉลี่ยของภาวะในการดูแลโดยรวม และรายด้าน

สำหรับเกณฑ์การประเมินค่าคะแนนเฉลี่ย ใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูตร (2542 : 108)<sup>13</sup> โดยกำหนดค่าคะแนน ดังนี้ คะแนน 4.50-5.00 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมากที่สุด

คะแนน 3.50-4.49 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลมาก  
คะแนน 2.50-3.49 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลปานกลาง

คะแนน 1.50-2.49 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลน้อย

คะแนน 1.00-1.49 คะแนน แสดงว่า มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

**การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) โดยใช้สถิติ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของ Pearson's Product Moment

Correlation เพศอายุสถานภาพสมรสรายได้การศึกษา ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยคุณภาพชีวิตและภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติวิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

### ผล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทั้งหมด เป็นเพศชาย ร้อยละ 26.79 เพศหญิง ร้อยละ 73.21 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 49.45 ปี อายุสูงสุด 77 ปี ต่ำสุด 24 ปี รายได้เฉลี่ย 1,700 บาท/เดือน การศึกษาส่วนใหญ่จบระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.59 ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เฉลี่ย 3.14 ปี สูงสุด 15 ปี ต่ำสุด 1ปี

ผลการศึกษาความรู้สึกรู้สึกเป็นภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาวะในการดูแลน้อย คิดเป็นร้อยละ 46.40 รองลงมาคือมีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด ร้อยละ 34.80 มีภาวะในการดูแลปานกลาง ร้อยละ 15.46 และมีภาวะในการดูแลมาก ร้อยละ 3.33 ตามลำดับ

ข้อมูลคุณภาพชีวิตและภาวะในการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

**ตารางที่ 1** ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

รายการ (n=545)	ระดับของคุณภาพชีวิต		
	Mean	SD	ระดับ
คุณภาพชีวิตโดยรวม	121.22	0.79	ดี
ด้านร่างกาย (physical domain)	28.77	0.82	ดี
ด้านจิตใจ (psychological domain)	19.25	0.72	ปานกลาง
ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (social relationships)	6.50	0.74	ไม่ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม (environment)	35.67	0.84	ดี

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับ ดี แต่เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตรายด้านแล้วพบ

ว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางและด้านความสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดี

**ตารางที่ 2** ระดับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n=545)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	ระดับภาระ
3.50-4.49 คะแนน	19	3.30	มาก
2.50- 3.49 คะแนน	84	15.46	ปานกลาง
1.50- 2.49 คะแนน	252	46.40	น้อย
1.00- 1.49 คะแนน	190	34.80	น้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.92 (SD=.673) สูงสุด 4.10 คะแนน ต่ำสุด 1.17 คะแนน

จากตารางที่ 2 พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลน้อย คิดเป็นร้อยละ 46.40 รองลงมา คือ มีภาระ

ในการดูแลน้อยที่สุด ร้อยละ 34.80 มีภาระในการดูแลปานกลาง ร้อยละ 15.46 และมีภาระในการดูแลมากร้อยละ 3.33 ตามลำดับ

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย (n = 545)

ตัวแปร	ภาระเชิงปรนัย	ภาระเชิงอัตนัย	คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	คุณภาพชีวิตโดยรวม
ภาระเชิงปรนัย	1	.766*	-.458*	-.412*	-.321*	-.392*	-.490*
ภาระเชิงอัตนัย	.766*	1	-.338*	-.402*	-.209*	-.328*	-.442*
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	-.458*	-.338*	1	.589*	.458*	.419*	.801*
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	-.412*	-.402*	.589*	1	.538*	.447*	.776*
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	-.321*	-.209*	.458*	.538*	1	.592*	.766*
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	-.392*	-.328*	.419*	.447*	.592*	1	.854*
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-.490*	-.442*	.801*	.776*	.766*	.854*	1

\* Correlation is significant at the .01 level

จากตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์จากสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's correlation) พบว่า คุณภาพชีวิต ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งภาระเชิงปรนัยและภาระ

เชิงอัตนัย ในขณะเดียวกัน คุณภาพชีวิตโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <.01)

**ตารางที่ 4** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	B	SE	b
<b>ขั้นที่ 1 ตัวแปรลักษณะประชากร</b>			
เพศ	.223	.174	.102
อายุ	-.034	.083	-.045
ระดับการศึกษา	.127	.097	.137
อาชีพ	-.008	.046	-.016
สถานภาพการสมรส	-.006	.098	-.005
รายได้	-.120	.082	-.129
โรคประจำตัว	.266	.156	.135
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	-.046	.054	.069
ระยะเวลาในการดูแล	.058	.062	.074
constant	1.827	.669	
R <sup>2</sup>	.051		
Adjust R <sup>2</sup>	.001		
F	1.021		
<b>ขั้นที่ 2 เพิ่มตัวแปรคุณภาพชีวิต</b>			
คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย	-.050	.057	-.187
คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	-.082	.057	-.246
คุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	.015	.083	.025
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	-.006	.060	-.026
คุณภาพชีวิตโดยรวม	-.328	1.163	-.164
constant	6.044	.809	
R <sup>2</sup>	.305		
Adjust R <sup>2</sup>	.247		
F	5.212		

จากตารางที่ 4 ใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณแบบจัดลำดับขั้นของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ขั้นตอน การวิเคราะห์ขั้นแรกใช้ตัวแปรลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพการสมรส รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย เพื่อพยากรณ์ตัวแปรตาม คือ ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย พบว่าตัวแปรด้านลักษณะประชากรสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตามได้คิดเป็นร้อยละ 5.1 ( $R^2=.051$ )

การวิเคราะห์ขั้นที่สอง ได้เพิ่มตัวแปรคุณภาพชีวิต เข้าไปทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตด้านร่างกายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจคุณภาพชีวิตด้านความสัมพันธ์ทางสังคมคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมและ คุณภาพชีวิตโดยรวมพบว่าสามารถอธิบายความผันแปรของตัวแปรตาม จากเดิม ร้อยละ 5.1 เป็นร้อยละ 30.5 ( $R^2$  เพิ่มขึ้นจาก .051 เป็น .305) จึงสรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคลและ

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถร่วมกันทำนายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

### วิจารณ์

จากการศึกษานี้พบว่าคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนของจังหวัดลำปาง อยู่ในระดับดี ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลน้อย ปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยได้แก่ คุณภาพชีวิต อายุ ระยะเวลาในการดูแล และสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้คือคุณภาพชีวิต อายุ ระยะเวลาในการดูแล มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนอกจากนี้พบว่า ระดับของคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ เมื่อผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีจะส่งผลให้ความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย

น้อยลง ในกรณีเดียวกัน หากผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระมาก จะส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวาทิ เพชรรัตน์ (2547)<sup>14</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของอัมรา บุญสาหร่าย (2563)<sup>15</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชลบุรี พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สถานภาพ รายได้ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแล และผู้ป่วย

จากผลการศึกษาที่พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย รายได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยนั้น ในการดำเนินงานของทีมสุขภาพตลอดจนผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเช่น ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการร่วมมือกันเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ลดความเครียดและความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วยลง

## สรุป

ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีทั้งปัจจัยที่แก้ไขได้ และแก้ไขไม่ได้

## References

1. Roick C, Heider D, Bebbington P, Angermeyer M, Azorin J, Brugha T, et al. Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Br J Psychiatry* 2007; 190:333-8.
2. Ministry of public health [Internet]. [cited 2022 July 22.]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>.
3. Suwanmaitri S, Sasok A, Chanthalakwong T, Sianglam C, Mekwilai W, editors. Handbook of schizophrenia care for hospitals in health districts (Nurse Edition/Public Health Scholar). 2nd ed. Bangkok: Victoria Image; 2017.
4. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Fam Relat* 1985; 34:19-26.
5. Yasuwan S. Quality of life of caregivers of people with schizophrenia. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2002.
6. George LK, Gwyther LP. Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. *The Gerontologist* 1986; 26:253-9.
7. Loukissa DA. Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *J Adv Nurs* 1995; 21:248-55.
8. Lim YM, Ahn YH. Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Appl Nurs Res* 2003; 16:110-7.
9. Pitanupong J, Rueangwiriyanan C. Caregiver burdens in patients with schizophrenia and related factors. *J Ment Health Thai* 2019;27(2):95-106.
10. Phitsanu W, Charernboon T. Depression and Caregiver Burden among Caregivers of Patients with Schizophrenia at Thammasat University. *J Psychiatr Assoc Thailand* 2019; 64:317-36.
11. Mahahatnirankul S. Indicators of Quality of Life of the World Health Organization, Thai version abbreviated version [Internet]. [cited 2022 February 12.] Available from: <https://www.dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>
12. Chaichamni N. The effect of using a care program holistic caregivers on burdens and abilities in caring for schizophrenic patients (Master's Thesis). Bangkok: Chulalongkorn University 2001.
13. Kannasuth P. Statistics for Behavioral Science Research. Bangkok: Publisher of Chulalongkorn University. Sukhothai Thammathirat Open University.1999.
14. Petcharat B, Suwalak Y. Factors Predicting Effects on Caregivers from Caring for Chronic Schizophrenia Patients. *Mental Health of Thailand Journal* 2004; 12:141-9
15. Bunsarai A. Factors Related to Quality of Life of Caregivers of Schizophrenia Patients in Chonburi Hospital. *Journal of Primary Care and Family Medicine* 2020; 3:35-45.
16. Sangsirilak S. Burden among caregivers of schizophrenia patient. *Medical journal of Srisaket Surin Buriram hospital* 2016; 31: 139-48.

เช่น ระยะเวลา ที่ดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้นส่งผลให้คุณภาพชีวิต แย่ลง ทีมสุขภาพอาจมีการ ประสานงานกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพหารายได้เสริม สอบถามอาการ และการรับประทานยาเพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถคุมอาการได้ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลดีขึ้น และลดภาระเหนื่อยล้าของผู้ดูแลได้ ผู้วิจัยมีข้อสรุปและเสนอแนะดังนี้

1. บุคลากรทางด้านการแพทย์ และสาธารณสุขสามารถใช้ผลการศึกษาในการบริหารจัดการการระโรคและการส่งเสริมให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มของผู้ดูแลผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุและมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานและต่อเนื่องจำเป็นต้องได้รับการประเมินคุณภาพชีวิต และความรู้สึกเป็นภาระเป็นระยะ เพื่อหาแนวทางป้องกันภาวะเหนื่อยล้า ตลอดจนใช้กลไกที่มีอยู่ในชุมชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยให้ดีขึ้น เช่นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น
2. ผู้บริหารงานสาธารณสุขระดับพื้นที่ สามารถนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในกำหนดนโยบาย โดยประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนให้เกิดประโยชน์ของกลุ่มเป้าหมายได้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เช่น ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อส่งเสริมการประกอบอาชีพ การจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังให้ดีขึ้น ลดภาวะเหนื่อยล้าและลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยลง