

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแล กับสุขภาพจิต
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**Relationships between personal factors, burden, and mental health in caregivers
of patients with schizophrenia**

อุษา แก้วอำภา (Usa Kaewumpa, M.N.S., RN)

Abstract

The purpose of this descriptive research were: 1) To explore personal factors of sex and age, burden, mental health in caregivers of patients with schizophrenia, and 2) To examine the relationships between personal factors, burden, and mental health in caregivers of patients with schizophrenia. A purposive sample of 115 caregivers of patients with schizophrenia was recruited from the outpatient department. Three questionnaires included personal information, the burden questionnaires, and Thai Mental Health Indicator version 2007 (TMHI-version 2007). The Chronbach's alpha coefficient reliability of the last two questionnaires were .93 and .92 respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square and Pearson's product moment correlation coefficient. Major findings were as follows:

1. Most caregivers of patients with schizophrenia were female (72.2%), age ranged 51-60 years old (37.39%), which burden scores were at the mild level. ($\bar{X} = 2.37$ S.D. = .66)

2. The scores of caregivers' mental health were average ($\bar{X} = 158$ S.D. = 15.49). 50.4% of caregivers had lower mental health scores than average, 41.74% of caregivers had average scores, and 7.83% of caregivers had higher scores than average.

3. Sex of the caregivers was significantly related to mental health. ($\chi^2 = 6.796$, $p = .029$)

4. Age was negative significantly related to mental health in caregivers of patients with schizophrenia ($r = -.314$, $p < .05$)

5. Burden was moderate negative significantly related to mental health in caregivers of patients with schizophrenia ($r = -.484$, $p < .05$)

Keywords: caregivers, patients, schizophrenia, burden, mental health

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบบรรยายเชิงความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศอายุภาระในการดูแลและสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่าง

* Corresponding author: พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร E-mail: mll_ll@hotmail.com

ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ภาวะในการดูแล กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 115 คน ที่ได้รับการคัดเลือก ตามเกณฑ์เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามภาวะในการดูแลของผู้ดูแลของนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งแปลและดัดแปลง มาจากแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) มีค่าความเชื่อมั่น .93 แบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (อภิชัย มงคล และคณะ 2550) มีค่าความเชื่อมั่น .92 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.2) มีอายุในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 37.39) มีภาวะในการดูแลโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.37$ S.D. = .66)

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X} = 158$, S.D. = 15.49) จำแนกเป็นผู้ดูแลกลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 50.43) รองลงมาคือกลุ่มที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 41.74) ส่วนกลุ่มที่มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปมีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 7.83)

3. เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($2 = 6.796$, $p = .029$)

4. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.314$)

5. ภาวะในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบ

ระดับปานกลาง กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.484$)

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วย โรควิตกกังวล ภาวะในการดูแล สุขภาพจิต

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์ปัจจุบันคนไทยมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2551) สำรวจพบผู้เจ็บป่วยทางจิตที่ได้รับการดูแลรักษาเป็นโรควิตกกังวล มีจำนวนมากที่สุดเป็นอันดับ 1 คิดเป็น 1 ใน 4 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีจำนวน 445,840 ราย (พรรณศิริ กุลนาถศิริ, 2553) สอดคล้องกับสถิติผู้มารับบริการที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนมากที่สุดในปี 2551, 2552 และ 2553 จำนวน 3,464 3,177 และ 3,667 ราย ตามลำดับ

โรควิตกกังวล เป็น ความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีโอกาสหาย น้อยมาก ส่วนใหญ่กว่าร้อยละ 95 จะกลายเป็น ผู้ป่วยเรื้อรัง มีปัญหาการใช้ชีวิตการทำงานและสังคม (สิ้นเงิน สุขสมปอง, 2553) มีอาการกำเริบ (Relapse) เป็นช่วงๆ (สมภพ เรืองตระกูล, 2552) ต้องรับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดชีวิต เป็น “ภาระโรค” (Burden of disease) ที่พึงพิงสังคมเพิ่มขึ้น มีการสูญเสียปีสุขภาวะหรือการมีสุขภาพดี (DALYs = disability adjusted life years) ต้องมีชีวิตอยู่กับความพิการหรือทรมานทุกข์จากโรค (YLD: year lived with disability) เกิดความบกพร่องและขาดประสิทธิภาพในการทำงาน มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตด้วยตนเอง เป็นภาระของสังคมที่ต้อง

ดูแลส่งผลเสียอย่างร้ายแรงทางเศรษฐกิจและสังคม (WHO, 2008 อ้างถึงใน อภิรัช มงคล, 2007)

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีนโยบายเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาลสู่ชุมชนมากขึ้น ตามแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2551) ผู้ดูแลผู้ป่วยจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง มีภาระในการดูแลช่วยเหลือรับผิดชอบผู้ป่วยตลอดเวลา เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องกิจวัตรประจำวัน การใช้ชีวิตของผู้ป่วย บ่อยครั้งที่อละวาด มีพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว ซึ่งผู้ดูแลต้องทำงานทำกิจกรรมอื่นร่วมด้วย ส่งผลให้รู้สึกอ่อนล้าจากการที่ต้องมีบทบาทที่มากเกินไป (Roles Overload) มีภาระในการดูแล เกิดความเบื่อคร้อใจ ทุกข์ใจ เครียด กังวล จนมีผลต่อเนื่องทำให้เกิดปัญหาทั้งสุขภาพกายและสุขภาพ จิตของผู้ดูแล (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานา สุวลักษณ์, 2547; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) มีความซึมเศร้า (บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวานา สุวลักษณ์, 2547; อัมพร กุลเวชกิจ และคณะ, 2540) เปรียบผู้ดูแลเหล่านี้ว่าเป็น “คนไข้แฝง: Hidden patient” (ยูพาพิณ ศิริโพธิ์งาม, 2537) ซึ่งต้องการการดูแลเช่นเดียวกับผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลล้วนได้รับผลกระทบจากการดูแล ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล ผู้วิจัยในฐานะเป็นพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี มีความสนใจที่จะศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้แบบวัดซึ่งเป็นดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตของ อภิรัช มงคล และคณะ (2007) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาภาระในการดูแลว่ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทหรือไม่ อย่างไร จึงขอศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาระในการดูแล กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ภาระในการดูแลผู้ป่วย และสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูธร สุพรรณบุรี
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ภาระในการดูแลกับสุขภาพ จิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สมมุติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. ภาระในการดูแลผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิดภาระในการดูแลของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) โดยดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Montgomery, et al. (1985) ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน คือ ภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัย โดยที่ภาระในการดูแลผู้ป่วยนี้ น่าจะมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ตามดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007: TMHI-55) ของอภิรัช มงคล และคณะ ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพของจิตใจ 3) คุณภาพ

ของจิตใจ และ 4) ปัจจัยสนับสนุน และผู้วิจัยยัง คาดว่าปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ) ของผู้ดูแล

น่าจะมีความ สัมพันธ์กับดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตนี้ เช่นกัน ดังแสดงในกรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราชสุพรรณบุรี ระหว่างเดือนมีนาคม-พฤษภาคม พ.ศ.2554 เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ เป็นผู้ดูแลหลักที่เป็นญาติสายตรงอาศัยอยู่ในครอบครัว เดียวกันกับผู้ป่วย ซึ่งพาผู้ป่วยมารับการตรวจรักษาที่ห้องตรวจจิตเวช โรงพยาบาลเจ้าพระยาบรมราช ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้ว 6 เดือนขึ้นไป มีอายุระหว่าง 16-60 ปี ไม่มีอาการทางจิตประสาทไม่มีปัญหาในการรับรู้ สามารถอ่านเขียนสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และให้การดูแลผู้ป่วยโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) คือ $n = 10k + 50$ (n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้

มี 4 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่าง ครั้งนี้ควรมากกว่าหรือเท่ากับ 90 ซึ่งผู้วิจัยขอศึกษาจำนวน 115 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของ รพ.เจ้าพระยาบรมราช ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์จุดประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน ระยะเวลาการวิจัยแก่ผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง จะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสอบถามได้ หรือสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย เวลาที่ใช้ในการ

ดูแลแต่ละวัน

2. แบบสอบถามภาวะในการดูแลของผู้ดูแลของนพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ซึ่งแปลและดัดแปลงมาจากแนวคิดของ Montgomery et al. (1985) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) .93 ประกอบด้วยแบบวัดภาวะ 2 ด้าน ได้แก่ภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัย มีข้อคำถามรวม 24 ข้อเป็นข้อความทางบวก 1 ข้อ ทางลบ 23 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนทางลบคือมากที่สุด = 5 มาก = 4 ปานกลาง = 3 น้อย = 2 น้อยที่สุด = 1 ข้อความทางบวกให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ย ให้ความหมายภาวะในการดูแลดังนี้ 4.50-5.00 มีภาวะในการดูแลมากที่สุด 3.50-4.49 มีภาวะในการดูแลมาก 2.50-3.49 มีภาวะในการดูแลปานกลาง 1.50-2.49 มีภาวะในการดูแลน้อย 1.00-1.49 มีภาวะในการดูแลน้อยที่สุด

3. ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007: TMHI-55) ของอภิชัย มงคล และคณะ (2007) มีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) .92 ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) สภาพจิตใจ 2) สมรรถภาพของจิตใจ 3) คุณภาพของจิตใจ และ 4) ปัจจัยสนับสนุน รวมข้อคำถาม 55 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 42 ข้อ ทางลบ 13 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า (Likert's scale) 4 ระดับ เกณฑ์การให้คะแนนทางบวกคือไม่เลย = 1 เล็กน้อย = 2 มาก = 3 มากที่สุด = 4 ข้อความทางลบให้คะแนนตรงกันข้าม การแปลผลตามคะแนน ดังนี้ 179-220 = สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 158-178 = สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป 157 หรือน้อยกว่า = สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป การแปลผล

รายด้าน ตามคะแนนดังนี้ 1) ด้านสภาพจิตใจ 48-52 = สภาพจิตใจดีกว่าคนทั่วไป 40-47 = สภาพจิตใจเท่ากับคนทั่วไป 39 หรือน้อยกว่า = สภาพจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป 2) ด้านสมรรถภาพของจิตใจ 48-60 = สมรรถภาพของจิตใจดีกว่าคนทั่วไป 40-47 = สมรรถภาพของจิตใจเท่ากับคนทั่วไป 39 หรือน้อยกว่า = สมรรถภาพของจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป 3) ด้านคุณภาพของจิตใจ 51-60 = คุณภาพของจิตใจดีกว่าคนทั่วไป 43-50 คุณภาพของจิตใจเท่ากับคนทั่วไป 42 หรือน้อยกว่า = คุณภาพของจิตใจต่ำกว่าคนทั่วไป 4) ด้านปัจจัยสนับสนุน 40 -48 = มีปัจจัยสนับสนุนดีกว่าคนทั่วไป 33-39 = มีปัจจัยสนับสนุนเท่ากับคนทั่วไป 32 หรือน้อยกว่า = มีปัจจัยสนับสนุนต่ำกว่าคนทั่วไป

4. แบบประเมินข้อมูลของผู้ป่วย เกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ความสามารถในการทำงาน และการมีอากรกำริบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีบริบทเดียวกันที่ห้องตรวจจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก รพ.นครปฐม ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามภาวะในการดูแล .89 แบบวัดสุขภาพจิต .91

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูปวิเคราะห์ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
2. ภาวะในการดูแล โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. สุขภาพจิต โดยการแจกแจงความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับสุขภาพจิต โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

5. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุภาวะในการดูแลกับสุขภาพจิต โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันผลการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.20) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.87) มีความสัมพันธ์เป็นมารดาผู้ป่วยมากที่สุด (ร้อยละ 28.70) รองลงมาคือเป็นพี่ บิดา และน้องตามลำดับ (ร้อยละ 21.74, 12.17 และ

12.17 ตามลำดับ) ผู้ดูแลมีอายุในช่วง 51-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 37.39) อายุเฉลี่ย 46.41 ปี (S.D. = 10.39) มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 67.83) ระยะเวลาตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย มากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 39.10) ระยะเวลาตั้งแต่ดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10.30 ปี (S.D. = 8.71) เวลาที่ใช้ดูแลในแต่ละวัน ประมาณ 2 - 5 ชั่วโมง (ร้อยละ 54.8) เฉลี่ย 8.54 ชั่วโมง (S.D. = 8.40)

2. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยโดยรวม อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.37$ S.D. = .66) ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัย อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.62$ S.D. = .58) ส่วนภาวะในการดูแลเชิงปรนัยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.27$ S.D. = .66) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำแนกเป็นรายด้าน

ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ภาวะเชิงอัตนัย	2.62	.58	ปานกลาง
ภาวะเชิงปรนัย	2.27	.74	น้อย
รวม	2.37	.66	น้อย

ผู้ดูแลรับรู้ภาวะในการดูแลเชิงอัตนัยมีความกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรหากไม่มีตนคอยดูแลในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.17$ S.D. = .67) อายุชาวบ้าน เมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X} = 1.94$ S.D. = 1.16) ทางด้านภาวะการดูแลเชิงปรนัย ผู้ดูแลรับรู้การดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนอยู่ในระดับน้อย มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด

($\bar{X} = 1.79$ S.D. = .87) ดังตารางที่ 2

3. ผู้ดูแลมีคะแนนสุขภาพจิตโดยเฉลี่ย 158 คะแนน (S.D. = 15.49) ถือว่าในภาพรวมมีสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป แต่เมื่อพิจารณาระดับสุขภาพจิตพบว่า กลุ่มที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป มีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 50.43) รองลงมาคือกลุ่มที่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป (ร้อยละ 41.74) ส่วนกลุ่มที่มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป มีจำนวนน้อยที่สุด (ร้อยละ 7.83) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ภาระในการดูแลเชิงอัตนัย	2.62	.58	ปานกลาง
กังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรหากไม่มีตนคอยดูแล	4.17	.67	มาก
เป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย	3.70	.85	มาก
เครียดจากการดูแลผู้ป่วย	3.03	.85	ปานกลาง
กังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย	2.76	1.01	ปานกลาง
รู้สึกผิดที่ตำหนิหรือลงโทษผู้ป่วย	2.53	.86	ปานกลาง
น้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับ	2.43	1.22	น้อย
ครอบครัว อื่นๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วย			
กลัวเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง	2.37	1.27	น้อย
ท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วย	2.19	1.17	น้อย
กังวลใจเมื่อต้องพาผู้ป่วยออกนอกบ้าน	2.16	1.15	น้อย
ซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วย	2.15	.97	น้อย
สงสารผู้ป่วย	1.97	.76	น้อย
อายชาวบ้านเมื่อผู้ป่วยมีอาการวุ่นวาย หรือทำให้ผู้อื่น	1.94	1.16	น้อย
เดือดร้อน			
ภาระในการดูแลเชิงปรนัย	2.27	.74	น้อย
เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบต้องรับผิดชอบงานหรือ	3.01	1.10	ปานกลาง
กิจกรรมต่างๆ มากขึ้น			
ทำให้มีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายน้อยลง	2.53	.83	น้อย
รบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน	2.47	.99	น้อย
ทำให้ไม่มีเวลาไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด	2.34	1.12	น้อย
ต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วย	2.31	1.10	น้อย
ทำให้มีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ	2.28	1.06	น้อย
ทำให้มีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคม หรือ	2.23	.98	น้อย
ชุมชนลดลง			

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ต่อ)

ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	ระดับ
เมื่อผู้ป่วยอาละวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ	2.17	1.15	น้อย
ทำให้มีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลง	2.13	1.03	น้อย
ทำให้มีปัญหาสุขภาพเช่นอ่อนเพลีย น้ำหนักลด นอนไม่หลับ	2.13	1.06	น้อย
ทำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว	1.85	.90	น้อย
ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน	1.79	.87	น้อย

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย ของระดับสุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเกณฑ์การแบ่งระดับสุขภาพจิต

สุขภาพจิตของผู้ดูแล	เกณฑ์ (คะแนน)	จำนวน (คน)	ร้อยละ	\bar{X}	S.D.
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	179 - 220	9	7.83		
สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป	158 - 178	48	41.74		
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	0 - 157	58	50.43		
รวม		115	100	158	15.49

ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ($\bar{X}=38.83$) ส่วนที่เหลืออีก 3 ด้าน คือ ด้านสมรรถภาพของจิตใจ ด้านคุณภาพของจิตใจ และด้านปัจจัยสนับสนุน อยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X}=41.77$ 43.73 และ 33.59 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับสุขภาพจิตรายด้าน จำแนกตามเกณฑ์การแบ่งระดับสุขภาพจิต

รายด้าน	สุขภาพจิตของผู้ดูแล				
	เกณฑ์การแบ่งระดับสุขภาพจิต		\bar{X}	S.D.	ระดับสุขภาพจิต
	คะแนน	การแปลผลสุขภาพจิต			
ด้านสภาพจิตใจ	48 - 52	ดีกว่าคนทั่วไป	38.83	5.95	ต่ำกว่าคนทั่วไป
	40 - 47	เท่ากับคนทั่วไป			
	39 หรือน้อยกว่า	ต่ำกว่าคนทั่วไป			
ด้านสมรรถภาพของจิตใจ	48 - 60	ดีกว่าคนทั่วไป	41.77	4.54	เท่ากับคนทั่วไป
	40 - 47	เท่ากับคนทั่วไป			
	39 หรือน้อยกว่า	ต่ำกว่าคนทั่วไป			
ด้านคุณภาพของจิตใจ	51 - 60	ดีกว่าคนทั่วไป	43.73	5.09	เท่ากับคนทั่วไป
	43 - 50	เท่ากับคนทั่วไป			
	42 หรือน้อยกว่า	ต่ำกว่าคนทั่วไป			
ด้านปัจจัยสนับสนุน	40 - 48	ดีกว่าคนทั่วไป	33.59	4.61	เท่ากับคนทั่วไป
	33 - 39	เท่ากับคนทั่วไป			
	32 หรือน้อยกว่า	ต่ำกว่าคนทั่วไป			

4. เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2 = 6.796$ $p = .029$) กล่าวคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยมีสุขภาพจิตระดับดีกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 7.8 ของจำนวนคนทั้งหมดคิดเป็นชายร้อยละ 2.6 เป็นหญิงร้อยละ 5.2 เป็นผู้ที่สุขภาพจิตระดับเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 41.7 ของจำนวนคนทั้งหมดคิดเป็นชายร้อยละ 16.5 เป็นหญิงร้อยละ 25.2 โดยเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 50.4 ของจำนวนคนทั้งหมด คิดเป็นชายร้อยละ 8.7 เป็นหญิงร้อยละ 41.7 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับระดับสุขภาพจิตด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่า เพศกับระดับสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 41.7) มากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 8.7) โดยประมาณการเป็นจำนวนถึง 5 เท่า ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ กับระดับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย (n = 115)

เพศ	ระดับสุขภาพจิต						χ^2	p-value
	ดีกว่าคนทั่วไป		เท่ากับคนทั่วไป		ต่ำกว่าคนทั่วไป			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ชาย	3	2.6	19	16.5	10	8.7	6.796	.029
หญิง	6	5.2	29	25.2	48	41.7		
รวม	9	7.8	48	41.7	58	50.4		

5. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.314$ $p = .001$) กล่าวคือผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีสุขภาพจิตที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ กับภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-.314	.001	ปานกลาง

6. ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.484$ $p = .000$) โดยที่ภาระในการดูแลรายด้านทั้งเชิงอิตนัยและเชิงปรนัยต่างก็มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยเช่นกัน ($r = -.488$ และ $-.399$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลรายด้านกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ระดับความสัมพันธ์	-.488	.000	ปานกลาง
ภาระในการดูแลเชิงปรนัย	-.399	.000	ปานกลาง
ภาระในการดูแลโดยรวม	-.484	.000	ปานกลาง

7. ข้อมูลของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วย บ้านเล็กๆ น้อยๆ ได้ (ร้อยละ 40.0) มีอาการกำเริบสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ไม่ต้อง นานๆ ครั้ง (ร้อยละ 51.30) ดังตารางที่ 8 มีคนคอยดูแล (ร้อยละ 61.74) สามารถช่วยทำงาน

ตารางที่ 8 ข้อมูลของผู้ป่วยจำแนกเป็นจำนวนร้อยละ

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การช่วยเหลือตนเอง/ทำกิจวัตรส่วนตัว		
1. ไม่สามารถ/ญาติต้องดูแลตลอด	3	2.61
2. สามารถทำกิจวัตรส่วนตัวได้บ้าง/ญาติช่วยดูแลบ้าง	41	35.65
3. สามารถทำกิจวัตรส่วนตัวได้/ญาติไม่ต้องช่วยดูแล	71	61.74
ความสามารถทำงาน		
1. ไม่สามารถทำงานได้เลย	14	12.17
2. สามารถทำงานบ้านได้เล็กๆ น้อยๆ	46	40.00
3. สามารถทำงานบ้านได้	31	26.96
4. สามารถทำงาน (ประกอบอาชีพได้)	24	20.87
อาการกำเริบ/ฉุนเฉียว/อะอะอาละวาด		
1. ไม่มีอาการกำเริบ	42	36.522
2. มีอาการกำเริบนานๆ ครั้ง	59	51.304
3. มีอาการกำเริบบ่อยๆ	14	12.174

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 72.20) เนื่องจากวัฒนธรรมประเพณีที่ยึดถือมานานว่าเพศหญิงหรือแม่บ้านเป็นผู้รับผิดชอบงานบ้าน ดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว เมื่อมีคนในบ้านเจ็บป่วยจึงทุ่มเทเต็มใจพร้อมรับบทบาทของผู้ดูแลอย่างไม่มีเงื่อนไข (เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ เวทีนิ สุขมาก, อุไรวรรณ โขครัตน์ หิรัญ และเอมหทัย ศรีจันทร์หล้า (2544) และเอื้ออารี สาริกา (2543) ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ด้านอายุของผู้ดูแล ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 51-60 ปี (ร้อยละ 37.39) รองลงมาคือช่วงอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 35.65) อายุเฉลี่ย 46.41 ปี สอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นมารดาและพี่ (ร้อยละ 28.70 และ 21.74 ตามลำดับ) มีความรักผูกพันทางสายเลือด รับผิดชอบจริงจังในการดูแลญาติที่เจ็บป่วย โดยที่ผู้ดูแลนี้อยู่ในวัยกลางคน ใกล้ถึงวัยสูงอายุ ที่ไม่ได้ทำงาน นอกบ้าน มักอยู่บ้าน เมื่อมีคนในครอบครัวป่วย ภาระการดูแลจึงตกอยู่กับคนที่อยู่บ้านไปโดยปริยาย

ภาระในการดูแล

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระการดูแลโดย รวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.37$ S.D. = .66) กล่าวได้คือผลการศึกษาคั้งนี้ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ เป็นแม่ได้ดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 10 ปี ทำให้ปรับตัวกับผู้ป่วยซึ่งมีอาการเรื้อรังได้แล้ว และเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยรวมแต่ละวันแค่ 2-5 ชั่วโมง มากที่สุดถึงร้อยละ 54.8 อีกทั้งรับรู้ว่าการของผู้ป่วยค่อนข้างดี

ไม่ค่อยมีอาการกำเริบ สามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ผู้ดูแลไม่ต้องคอยช่วยเหลือ (ร้อยละ 61.74) ไม่มีความกดดัน ไม่ต้องคอยวิตกกังวล เฝ้าระวังอันตรายต่างๆ หรือคอยจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมของผู้ป่วยมากนัก

แต่เมื่อพิจารณาภาระในการดูแลเชิงอัตนัย พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.62$ S.D. = .58) โดยกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจะเป็นอย่างไรหากไม่มีตนคอยดูแล เป็นภาระการดูแลระดับมากที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.17$ S.D. = .67) รองลงมาคือเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย ($\bar{X} = 3.70$ S.D. = .85) เนื่องจากผู้ป่วยที่ดูแลส่วนใหญ่ป่วยเรื้อรัง มีลักษณะความเสื่อมของบุคลิกภาพ อารมณ์สังคม ทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงาน สอดคล้องกับสายใจ พัวพันธ์ (2553) ศึกษาพบประเด็นหลักการรับรู้ภาระของผู้ดูแลที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยดูแลตนเองพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นพ่อ แม่ มีความมุ่งหวังที่จะให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ก่อนที่ตนจะเสียชีวิตหรือไม่สามารถทำหน้าที่ต่อไปได้ โดยมุ่งหวังให้ผู้ป่วยรับประทานยาเองได้ตามเวลาสม่ำเสมอ สามารถทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ อยู่บ้านเองได้ ช่วยทำงานบ้านบ้าง และหากเป็นไปได้ก็มุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถทำงานหาเงินเลี้ยงชีพได้ ในการศึกษาครั้งนี้ในขณะที่ผู้ดูแลยังมีความกังวล เครียดหรือรู้สึกผิดในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่อาการของผู้ป่วยอยู่ในระยะอาการสงบ ผู้ดูแลจึงไม่กังวล ทุกข์ใจในการช่วยเหลือดูแลมากนัก จึงรับรู้ภาระในการดูแลด้านนี้ในระดับปานกลาง

ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลเชิงปรนัยอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.27$ S.D. = .74) อาจเนื่องจาก

ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีการเรียนรู้ปรับตัว รับรู้กิจกรรม การดูแล พอมีเวลาส่วนตัว พักผ่อน ร่วมกิจกรรม ของครอบครัวและสังคม ตลอดจนรับรู้ว่าการดูแล ผู้ป่วยทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกใน ครอบครัวกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชนอยู่ใน ระดับน้อยและมีค่าเฉลี่ยน้อยสุด ($\bar{X} = 1.79$ S.D. = .87) ซึ่งผลการศึกษาคั้งนี้ ผู้ป่วยมีอาการสงบ ที่แล้ว มีอาการกำเริบนานๆ คั้ง (ร้อยละ 51.30) ผู้ดูแลได้รับสุขภาพจิตศึกษามีความรู้ เข้าใจ อาการที่ผู้ป่วยเป็น สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ถูกต้อง ทั้งในเรื่องการรับประทานยา ช่วยเหลือ ในกิจวัตรประจำวัน การดำเนินชีวิตในสังคม ได้ เรียนรู้วิธีปรับตัวเข้ากับผู้ป่วย วิธีผ่อนคลายตนเอง และยังได้รับการติดตามดูแลผู้ป่วยถึงบ้านมี เครือข่ายในชุมชน (อสม./รพ.สต./ผู้นำชุมชน ฯลฯ) มาร่วมดูแล ประชาชนในพื้นที่มีความเข้าใจ เห็นใจ ไม่เกิดความขัดแย้งกับเพื่อนบ้านหรือคน ในชุมชน

สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สุขภาพจิตโดยรวมของผู้ดูแลอยู่ในเกณฑ์ เท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X} = 158$ S.D. = 15.49) แสดง ให้เห็นว่าในภาพรวมผู้ดูแลยังมีสุขภาพจิตที่ปกติ การทำหน้าที่ทางความคิด อารมณ์อยู่ในเกณฑ์ เท่ากับคนทั่วไป อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ อยู่ในวัยกลางคน มีอายุอยู่ในช่วง 51-60 ปี มี วุฒิภาวะเป็นผู้ใหญ่เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อ ความเจริญและความเสื่อมของครอบครัว มักจะ ประเมินผลการดำเนินชีวิตที่ผ่านมาในอดีตทั้งด้าน ความความสำเร็จและล้มเหลวได้รับความ สุข พึงพอใจหรือความทุกข์ความเสียหายในชีวิต (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2549) และการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดาของผู้ป่วย

(ร้อยละ 28.70) มีสายสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มากที่สุด ได้ดูแลผู้ป่วยมานาน เข้าใจยอมรับใน พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่รุนแรงแต่มีอาการ เรื้อรังเกิดความคุ้นเคยกับอาการที่ผู้ป่วยแสดงออก สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เป็น ประสบการณ์การดูแลในทางบวก เช่นเดียวกับ เอื้ออารี สาริกา (2543) สัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เป็น มารดา ใช้วิธีการมองโลกในแง่ดี ดังตัวอย่างคำพูด “สงสารลูกพยายามทำใจคิดว่าลูกเราอาจจะโชคดี หายได้” และผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.87) มีความรัก กำลังใจ ร่วมดูแลผู้ป่วย อีกทั้งผู้ป่วยที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่มีอาการสงบ สามารถดูแลตนเองได้ ไม่ค่อยมีอาการกำเริบ ผู้ดูแลทำใจยอมรับกับพฤติกรรมของผู้ป่วยได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพ จิตเท่ากับคนทั่วไป

แม้ว่าผลจากการศึกษาสุขภาพจิตใน ภาพรวมที่อยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไปดังที่ กล่าวมาแล้วนั้น แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าคะแนน สุขภาพจิตของผู้ดูแลมีความโน้มเอียงมาทางด้าน มีสุขภาพจิตในระดับต่ำ สอดคล้องกับผลการ ศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตต่ำกว่า คนทั่วไปมีจำนวนมากที่สุด (ร้อยละ 50.43) สอดคล้องกับอัมพร กุลเวชกิจ และคณะ (2540) ศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยส่วน ใหญ่ไม่ดี (คิดเป็นร้อยละ 62.0)

การที่ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปมี จำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 50.43 สะท้อนภาพ ให้เห็นว่าในจำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งหมด พบผู้ดูแล มากกว่าครึ่งหนึ่งมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป อาจ หมายถึงมีสุขภาพจิตไม่ดีหรือความผิดปกติทางจิต หรือมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติทางจิตเวช ควรตระหนัก ให้ความสำคัญในการช่วยเหลือ

บำบัดรักษา ตลอดจนให้การดูแลเชิงรุกในการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในกลุ่มผู้ดูแลนี้

สุขภาพจิตรายด้าน ผู้ดูแลมีสุขภาพจิตด้านสภาพจิตใจอยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป ($\bar{X} = 38.83$ S.D = 5.95) เนื่องจากผู้ดูแลรับรู้ความรู้สึกในทางที่ดี เช่น ความพึงพอใจ ความรู้สึกพอดีสงบได้เพียงแค่ระดับหนึ่งเท่านั้น ไม่ได้ทั้งหมด โดยผู้ดูแลยังรับรู้ความรู้สึกในทางที่ไม่ดี เช่น ความสลดหดหู่ เศร้า กังวล ไม่ยินดีในชีวิต ตลอดจนกังวลทุกข้อใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางกาย ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่อายุมาก มีโรคประจำตัว ต้องรับการรักษาประจำ สอดคล้องกับการศึกษาของสายใจ พัวพันธ์ (2553) ที่พบว่าผู้ดูแลรู้สึกทุกข้อใจในความเจ็บป่วยที่ไม่มีโอกาสหาย ต้องดูแลกันต่อไปอย่างไม่มีทางเลือก ในแต่ละวันผู้ดูแลจะมีความคิดรู้สึกปะปนกันหลากหลาย ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นความรู้สึกทุกข้อใจที่เห็นพัฒนาการของผู้ป่วยค่อยๆ ถดถอยลง มากกว่าความรู้สึกในทางที่ดี จึงรับรู้สุขภาพจิตด้านนี้อยู่ในระดับต่ำกว่าคนทั่วไป

แต่ผู้ดูแลรับรู้สุขภาพจิตด้านสมรรถภาพของจิตใจ อยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X} = 41.77$ S.D = 4.54) เนื่องจากมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นพอเพียงกับฐานะความเป็นอยู่ของตน ได้ดูแลผู้ป่วยมานาน ประสบกับอาการอันเฉียวคุมคลั่งอาละวาด ทำร้าย ฯลฯ ได้เรียนรู้มันใจการจัดการปัญหาพฤติกรรมรุนแรง จนเข้าสู่ระยะอาการสงบ ทำใจยอมรับได้

โดยผู้ดูแลรับรู้สุขภาพจิตด้านคุณภาพของจิตใจอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X} = 43.73$ S.D = 5.09) ด้วยเหตุผลที่ว่า ผู้ดูแลรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือ พึงพอใจความสามารถของตนเอง

ภูมิใจว่าตนมีคุณค่ามีความสำคัญของครอบครัว เป็นผู้ช่วยเหลือดูแลครอบครัว ยอมรับการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับสายใจ พัวพันธ์ (2553) ที่กล่าวว่าผู้ดูแลยื่นหยัดในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเพราะเป็นพันธะสัญญา ความรู้สึกผูกพัน ในฐานะเป็นมารดาบิดาสามีภรรยาหรือในฐานะพี่น้อง เป็นเงื่อนไขสำคัญที่ผู้ดูแลบอกว่าต้องทำหน้าที่ต่อไปจนกว่าจะตายจากกัน

และผู้ดูแลมีสุขภาพจิตด้านปัจจัยสนับสนุนเท่ากับคนทั่วไป ($\bar{X} = 33.59$ S.D = 4.61) ด้วยเช่นกัน เหตุผลเนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60.87) ได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุนจากครอบครัวเพื่อนบ้าน ชุมชน ซึ่งมักจะเป็นญาติที่มีความสนิทสนมกันมานาน ตลอดจนได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น โรงพัก วัด ผู้นำชุมชนช่วยให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจเมื่อต้องการความช่วยเหลือ ลดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล (นภาพรณี พึ่งเกษมสุนทร และอรพรรณ ลีอนุชวณิชย, 2554) ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ จึงรับรู้สุขภาพจิตด้านนี้อยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

เพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย ($\chi^2 = 6.796$ $p = .029$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่าเพศมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมีสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าคนทั่วไป มีจำนวนมากกว่าชาย 5 เท่า อธิบายได้ว่าเพศชายมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศหญิงมีสภาพอารมณ์

ความรู้สึกมั่นคงมากกว่าหญิง (Bradburn, 1969) ในขณะที่เพศหญิงมีระดับความซึมเศร้ามากกว่าเพศชาย มีความผาสุกทางใจน้อยกว่าเพศชายและพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจ (Berlin and Borden, 1990) ส่งผลให้ผู้ดูแลเพศหญิงมีสุขภาพจิตระดับต่ำกว่าคนทั่วไปมากกว่าเพศชาย

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบ กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.314, p = .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ที่ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย เหตุผลเนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุมาก อายุช่วง 51-60 ปีมากที่สุด (37.39 %) รู้สึกว่าร่างกายอ่อนแรง เหนื่อยล้ากับการดูแลผู้ป่วยระยะยาวนาน พักผ่อนน้อย มีโรคประจำตัว จึงมีสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2539) ที่พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์กับการเกิดปัญหาสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอัมพร กุลเวชกิจ และคณะ (2540) กล่าวว่าญาติที่มีอายุมากกว่า 40 ปี มีสัดส่วนของสุขภาพจิตไม่ดีมากกว่าญาติที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี นั่นแสดงให้เห็นว่าญาติผู้ป่วยยังมีอายุมากขึ้น โอกาสมีสุขภาพจิตไม่ดียิ่งมากขึ้นเท่านั้น

ความสัมพันธ์ระหว่างภาระในการดูแลกับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วย

ภาระในการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลาง กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.484$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่าภาระในการ

ดูแลมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยอธิบายได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยมานานมากกว่า 10 ปี (ร้อยละ 39.1) ต้องรับภาระในการดูแลที่หนัก หาที่สิ้นสุดไม่ได้ (สายใจ พัวพันธ์, 2553) ต้องทำงาน ทำกิจกรรมต่างๆ ควบคู่ไปด้วย ซึ่งเป็นภาระที่หนัก โดยไม่สามารถละทิ้งได้ ต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลการอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ต้องตรากตรำ อดทน ทุ่มแรงกายแรงใจ เผชิญกับภาระโรค ที่มีโอกาสน้อยมากที่จะรักษาให้หายดีดั้งเดิม ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยคาดหวังกับอนาคตไม่ได้ (Baker, 1989) มีความเครียดมีแนวโน้มเกิดความผิดปกติทางจิตใจ ซึ่งมีผลต่อสุขภาพจิต (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2537) แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลนี้รับภาระในการดูแลในระดับน้อย ($\bar{X} = 2.37, S.D. = .66$) สามารถปรับตัวจากประสบการณ์หลากหลาย ค้นพบวิธีการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยด้วยตนเองได้ บางคนพบหนทางการยอมรับความจริงในชีวิตบนข้อจำกัดที่มีอยู่ มองเห็นแบบแผนการแสดงอารมณ์ของตนเอง ตลอดจนมีการพัฒนาคุณภาพจิตใจของตนเอง (สายใจ พัวพันธ์, 2553) จนสามารถส่งผลให้มีระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป

ข้อเสนอแนะการนำผลวิจัยไปใช้

1. ให้ความช่วยเหลือแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ดูแลวัยกลางคนและมีความสัมพันธ์เป็นมารดา ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความผิดปกติทางจิตเวช โดยรีบให้ความช่วยเหลือ ส่งพบแพทย์เพื่อบำบัดรักษาให้คำปรึกษา พร้อมทั้งติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับผู้ดูแลผู้ป่วย

จิตเภทที่มีระดับสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไปและสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไปเช่น จัดบริการสายด่วนสุขภาพจิต พัฒนาเครือข่ายงานสุขภาพจิตชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3. ให้ความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตทุกกลุ่ม โดยพัฒนาคุณภาพบริการทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ค้นหาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เข้ารับการบำบัด รักษา ส่งเสริมสุขภาพจิต ช่วยให้ผู้ดูแล สามารถเผชิญปัญหา สถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

นำแบบวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ 55 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007: TMHI-55) ของอภิชัย มงคล และคณะ (2007) ไปศึกษา ค้นหาปัญหาสุขภาพจิตที่อาจเกิดขึ้นในผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตในกลุ่มโรคอื่น

รายการอ้างอิง

ธนา นิลชัยโกวิทย์, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง และชัชวาล ศิลปะกิจ. (2539). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 41(1), 191- 202.

นภาพรณ์ พึ่งเกษสุนทร และอรพรรณ ลีอนุวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต*, 25(2), 51-63.

นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). *ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญวดี เพชรรัตน์ และ เยวณาด สุวลักษณ์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 12(3), 141-149.

พรรณศิริ กุลนาถศิริ. (2553). *นำวิตก! คนไทยมีปัญหาด้านสุขภาพจิตกว่า 5 ล้านคน ป่วยแล้วกว่า 1.6 ล้านราย โรคจิตเภทสูงเป็นอันดับ 1*. Retrieved August 23, 2010 from <http://www.matichon.co.th>

เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. (2551). บทความวิชาการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของครอบครัวไทย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22 (1), 2- 6.

ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการวิจัย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 13 (1).

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2537). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาการวิจัย. *รามาศิขิตพยาบาลสาร*, 1, 84-94.

เวทีณี สุขมาก, อุไรวรรณ โขครรัตน์หิรัญ และ เอมหทัย ศรีจันทร์หล้า. (2544). ยุทธวิธีในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตของญาติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 46(2), 107-115.

ศรีเรื่อน แก้วกิ่งवाल. (2549). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัยวัยรุ่น-วัยสูงอายุ*. (พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย

ธรรมศาสตร์.

- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สายใจ พัวพันธ์. (2553). การรับรู้ถึงความเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตจังหวัดชลบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 156-168.
- สินเงิน สุขสมปอง. (2553). *นำวิตก! คนไทยมีปัญหาสุขภาพจิตกว่าล้านคนป่วยแล้วกว่า 1.6 ล้านราย โรคจิตเภทสูงเป็นอันดับ 1*. Retrieved August 23, 2010 from <http://www.matichon.co.th>
- อภิชัย มงคล และคณะ. (2550). *รายงานการวิจัย การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (Version 2007)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- อัมพร กุลเวชกิจและคณะ. (2540). สุขภาพจิตของญาติผู้ป่วยจิตเวช ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 12(1), 23-29.

เอื้ออารี สารีกา. (2543). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตมหาวิทาลัยมหิดล.

- Baker, A. F. (1989). Living with a chronically ill, schizophrenic can place great stress on individual family member and the family unit: How family cope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(1), 31-35.
- Berlin, S. & Berden, W. (1990). Gender, coping and psychological well being in spouses of older adult with dementia. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60 (4), 603-610.