Original Article

# Burden Among Caregivers of Schizophrenia Patient

*Sirinrat Sangsirilak, M.D.**


## ABSTRACT

**Objective** : To measure the burden among caregivers of Schizophrenia patient

**Subjects** : Participant were caregivers of Schizophrenia patient who care the patient for 4 hours per day and continue for 6 months or more.

**Duration of study** : 10 April 2016–10 May 2016

**Methods** : A descriptive cross-sectional study was conducted among primary care unit using questionnaires as assessment tool. The participants were required answer 3 parts. 1) Demographic data based age gender marriage education occupation 2) Assess the caregiver burden by ZBI 3) assess the function by GAF

**Results** : From sample population (N=44) that met our inclusion criteria. The burden among caregivers of Schizophrenia patient was 54.5% (mild 20.5%, moderate 22.7%, and severe 11.4%). Statistical formation from univariate analysis showed factor associated with caregiver burden is income less than 5,000 Baht per month (p=0.049). The GAF score less than 20 associate with caregiver burden (p=0.004) Female caregiver tend to have burden more than male (p=0.737). Caregiver burden associated with patient's alcohol drinking (p=0.001)

**Conclusion** : The burden among caregivers of Schizophrenia patient was 54.5%


**Keywords** : Caregiver burden, GAF, Schizophrenia

**Medical Physician, Professional Level, Social Medicine Department, Surin Hospital, Surin, Thailand*

**นิพนธ์ต้นฉบับ**

# ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

*สิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์, พ.บ. อว.เวชศาสตร์ครอบครัว**


## บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

**กลุ่มศึกษา** : ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยที่ผู้ดูแลต้องไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และต้องอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน ในระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน

**ระยะเวลาที่ศึกษา** : 10 เมษายน พ.ศ. 2559 ถึง 10 พฤษภาคม พ.ศ. 2559

**วิธีการศึกษา** : เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบสำรวจภาคตัดขวาง (descriptive cross-sectional study) ใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วย แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยฉบับภาษาไทย (Zarit Burden Interview Thai version) แบบประเมิน Global assessment of Functioning (GAF)

**ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 44 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 84.1 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วย ร้อยละ 65.9 รองลงมา คือ คู่สมรส ร้อยละ 11.4 ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ยคือ 10 ปี ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระการ ร้อยละ 54.5 แบ่งเป็นภาระการดูแลมาก ร้อยละ 11.4 ภาระการดูแลปานกลางร้อยละ 22.7 ภาระการดูแลน้อยร้อยละ 20.5 กลุ่มศึกษาเพศหญิงมีภาระการดูแล ร้อยละ 48.6 มากกว่ากลุ่มศึกษาเพศชาย ร้อยละ 28.5 (p=0.737) ผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะเกิดภาระการดูแลมาก (p=0.049) การที่ผู้ป่วยจิตเภทดื่มแอลกอฮอล์ ทำให้เกิดภาระการดูแล ร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเลย (ภาระการดูแลร้อยละ 38.5) (p=0.001) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนน GAF น้อยกว่า 20 ทำให้เกิดภาระการดูแลร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่ากลุ่ม GAF 21-40 (ภาระการดูแล ร้อยละ 52.1 และGAF มากกว่า 40 (ภาระการดูแล ร้อยละ 52.6) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรง ก้าวร้าว การทำหน้าที่บกพร่อง เป็นภาระการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่อาการสงบ หรือทำหน้าที่ไม่บกพร่องมาก (p=0.004)

**สรุป** : ผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 รู้สึกเป็นภาระการดูแล โดยแบ่งเป็นภาระการดูแลมาก ร้อยละ 11.4 ภาระการดูแลปานกลางร้อยละ 22.7 ภาระการดูแลน้อยร้อยละ 20.5 ผู้ป่วยจิตเภทที่มี GAF น้อยกว่า 20 คะแนนเป็นภาระการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่ GAF มากกว่า 20 (p=0.004) การดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยทำให้มีภาระการดูแลมากกว่า (p=0.001) ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะเกิดภาระการดูแลที่มาก (p=0.049)


**คำสำคัญ** : ภาระการดูแล จิตเภท

**นายแพทย์ชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์*

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรัง มีความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณร้อยละ 1[1] จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิตพบว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มารับบริการผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชมากที่สุด มักเกิดอาการกำเริบซ้ำ ส่งผลกระทบในหลายๆ ด้าน ทั้งหน้าที่การงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น[2] ช่วงที่อาการโรคจิตเภทกำเริบ อาจจะจะมีอาการหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) พฤติกรรมที่วุ่นวาย (disorganized behavior) หรือบางรายมีพฤติกรรมก้าวร้าว ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคเรื้อรัง มักมีอาการกำเริบซ้ำได้ และช่วงที่อาการกำเริบ ผู้ป่วยมักจะขาดความตระหนักถึงความเจ็บป่วยของตนเอง จากการร่วมมือในการรักษา จากการประมาณ global burden of disease พบว่า โรคจิตเภท จัดอยู่ในอันดับ 8 ของปีที่สูญเสียสุขภาวะ (disability adjusted life year)[1] มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตเวชที่มีอาการรุนแรงจะมีระดับความเครียดสูงและเป็นภาระการดูแลมาก[3] แต่การศึกษาส่วนใหญ่มักให้ความสนใจไปที่ตัวผู้ป่วยมากกว่า[4] ปัจจุบันการศึกษาพบว่า นอกจากส่วนของตัวโรคแล้ว บรรยากาศ ปฏิสัมพันธ์ภายในบ้านโดยเฉพาะกับผู้ดูแลมีส่วนมาก ต่อผลการรักษา[5,6]

เนื่องจากผู้ดูแลและครอบครัวเป็นส่วนสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยลดโอกาสการกำเริบ ทำให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพได้ จากการสืบค้นผลการวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาระดับภาระการดูผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive cross-sectional study)

## ประชากรที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในเขตเทศบาลเมืองสุรินทร์ ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมงานวิจัยตามคำเชิญในวันที่เก็บข้อมูลและไม่มีอุปสรรคในการสื่อสาร การวิจัยนี้ได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสุรินทร์

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)**

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ผู้ดูแลต้องไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแล และต้องอยู่กับผู้ป่วยอย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน ในระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 เดือน

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)**

1. ได้รับค่าจ้างในการดูแล
2. เป็นผู้ดูแลไม่ต่อเนื่อง หรือแพทย์รับเป็นผู้ป่วยในนานกว่า 1 เดือนก่อนการศึกษา

**ตัวแปรที่ศึกษา** ระดับภาระการดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ดูแล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เพศ สถานภาพการสมรส สุขภาพโดยรวม ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย สถานะความเป็นอยู่ สถานภาพการจ้างงาน รายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย การมีคนอื่นช่วยดูแลผู้ป่วย การมีคนอื่นที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษในครอบครัว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้านผู้ป่วย ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เพศ สถานภาพการสมรส จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล การใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วย ระดับความรุนแรงของอาการโรคจิตเภท โดยวัดตาม global assessment of functioning (GAF)

## เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา เพศ สถานภาพการสมรส สุขภาพโดยรวม ความสัมพันธ์ของท่านกับผู้ป่วย สถานะความเป็นอยู่ สถานภาพการจ้างงาน รายได้ ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย การมีคนอื่นช่วยดูแลผู้ป่วย การมีคนอื่นที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษในครอบครัว

2. แบบวัดภาระการดูแล Zarit burden interview (ZBI)-Thai

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

4. แบบประเมินความรุนแรงของอาการโรคจิตเภท โดยวัดตาม GAF

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ

ระดับภาระการดูแล โดยแบ่งตามคะแนนรวมจากแบบสอบถาม ดังนี้ 0-21 คะแนน หมายถึง ไม่เป็นภาระหรือเป็นภาระน้อยมาก

21–40 คะแนน หมายถึง เป็นภาระน้อยถึงปานกลาง

41–60 คะแนน หมายถึง เป็นภาระปานกลางถึงมาก และ 61–88 คะแนน หมายถึง เป็นภาระมาก

2. สถิติเชิงวิเคราะห์ เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยในด้านต่างๆ กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ที่ศึกษา กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สถิติที่ใช้ประกอบด้วย chi-square ประมวลผลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 11.5

## ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 44 คน รายละเอียด (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ลักษณะพื้นฐานทางด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง

| ตัวแปรที่ศึกษา | จำนวน(ร้อยละ) |
|---|---|
| **อายุ** | |
| น้อยกว่า 60 ปี | 22 (50.0) |
| 60 ปีขึ้นไป | 22 (50.0) |
| **เพศ** | |
| หญิง | 37 (84.1) |
| **สถานภาพการสมรส** | |
| โสด | 1(2.3) |
| สมรส | 26(59.1) |
| หม้าย | 17(38.6) |

**ตารางที่ 1** ลักษณะพื้นฐานทางด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

| ตัวแปรที่ศึกษา | จำนวน(ร้อยละ) |
|---|---|
| **การศึกษา** | |
| ประถมศึกษา | 2 (4.5) |
| มัธยม/ปวช/ปวส | 38 (86.4) |
| ปริญญาตรีหรือสูงกว่า | 4 (9.1) |
| **สุขภาพโดยรวม** | |
| ไม่ดี มีโรคประจำตัวรุนแรง | 2 (4.5) |
| ปานกลาง มีโรคประจำตัว แต่ไม่รุนแรง ทำกิจวัตรต่างๆ ได้ | 13 (2.9) |
| ดี ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง | 29 (65.9) |
| **ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย** | |
| คู่สมรส | 5 (11.4) |
| บิดามารดา | 29 (65.9) |
| บุตร | 1 (2.3) |
| ปู่ย่าตายาย | 4 (9.1) |
| พี่น้อง | 5 (11.4) |
| **สถานะความเป็นอยู่** | |
| อยู่กับคู่สมรส | 8 (18.2) |
| อยู่คนเดียว | 4 (9.1) |
| อยู่กับครอบครัว | 32 (72.7) |
| **สถานภาพการจ้างงาน** | |
| ทำงานที่บ้าน | 18 (40.9) |
| ทำงานนอกบ้าน | 6 (13.6) |
| ว่างงาน | 20 (45.5) |
| **รายได้(บาท/เดือน)** | |
| น้อยกว่า 5000 | 34 (77.3) |
| 5001-10000 | 8 (18.2) |
| มากกว่า 10000 | 2 (4.5) |

**ตารางที่ 1** ลักษณะพื้นฐานทางด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

| ตัวแปรที่ศึกษา | จำนวน(ร้อยละ) |
|---|---|
| **ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย(ปี)** | |
| 1-10 | 30 (68.2) |
| 11-20 | 9 (20.5) |
| 21-30 | 4 (9.0) |
| 31-40 | 1 (2.3) |
| **การมีคนช่วยดูแลผู้ป่วย** | |
| ไม่มี | 23 (47.7) |
| **การมีคนอื่นที่ต้องให้การดูแล** | |
| มี | 16 (36.4) |

จากการศึกษาพบผู้ดูแลส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 รู้สึกเป็นภาระการดูแล โดยแบ่งเป็นภาระการดูแลมาก ร้อยละ 11.4 ภาระการดูแลปานกลางร้อยละ 22.7 ภาระการดูแลน้อยร้อยละ 20.5 (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ภาระการดูแลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

| ตัวแปรที่ศึกษา | จำนวน (ร้อยละ) |
|---|---|
| **ไม่มีภาระการดูแล** | 20 (45.5) |
| **มีภาระการดูแล** | 24 (54.5) |
| - ภาระน้อย | 9 (20.5) |
| - ภาระปานกลาง | 10 (22.7) |
| - ภาระมาก | 5 (11.4) |

(ตารางที่ 3) กลุ่มศึกษาเพศหญิง มีภาระการดูแลร้อยละ 48.6 โดยแบ่งเป็นภาระการดูแลในระดับมาก ร้อยละ 26.3 ระดับปานกลางร้อยละ 31.6 และน้อยร้อยละ 42.1 มากกว่ากลุ่มศึกษาเพศชาย

ผู้ที่มีคะแนน GAF น้อยกว่า 20 ทำให้เกิดภาระการดูแลร้อยละ 100 ซึ่งมากกว่ากลุ่ม GAF 21-40 (ภาระการดูแล ร้อยละ 52.1) และ GAF มากกว่า 40 (ภาระการดูแล ร้อยละ 52.6) แปลผลได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการรุนแรง ก้าวร้าว การทำหน้าที่บกพร่อง จะเป็นภาระการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่อาการสงบ หรือทำหน้าที่ไม่บกพร่องมาก (p=0.004) ผู้ป่วยที่ดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 3 ครั้งใน 1 เดือน ทำให้เกิดภาระการดูแลร้อยละ 80 ซึ่งมากกว่าผู้ป่วยที่ดื่ม 1-2 ครั้ง (ภาระการดูแล ร้อยละ 76.9) และผู้ป่วยที่ไม่ดื่มเลย (ภาระการดูแล ร้อยละ 38.5) แสดงว่าการดื่มแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยทำให้มีภาระการดูแลมากกว่า (p=0.001)

ระยะเวลาที่ป่วย 1-10 ปี มีภาระการดูแล

ร้อยละ 53.3 ระยะป่วยนาน 11-20 ปี มีภาระการดูแล ร้อยละ 55.6 และระยะป่วย 21-30 ปี มีภาระการดูแล ร้อยละ 75 จะเห็นว่าผู้ที่ป่วยมานาน จะทำให้มีภาระการดูแลมากกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.052) พบว่าในกลุ่มที่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท มีภาระการดูแลร้อยละ 61.8 รายได้ 5,000-10,000 มีภาระการดูแลร้อยละ 25 รายได้มากกว่า 10,000 บาท จะมีภาระการดูแล ร้อยละ 50 แปลผลได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะเกิดภาระการดูแลที่มาก (p=0.049)

การที่ไม่มีคนช่วยดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระการดูแล ร้อยละ 69.5 แต่การมีคนช่วยดูแลผู้ป่วยทำให้เป็นภาระการดูแลเพียงร้อยละ 38.1 (p=0.178) ผู้ดูแลต้องดูแลคนอื่นด้วยทำให้เกิดภาระการดูแล ร้อยละ 53.6 ส่วนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายเดียวไม่ต้องดูแลคนอื่นด้วยมีภาระการดูแลร้อยละ 56.3 (p=0.925) ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระยะเวลาการดูแลกับภาระการดูแล (ตารางที่ 6)

ผู้ดูแลที่มีสุขภาพโดยรวมไม่ดี จะมีภาระการดูแลมากกว่ากลุ่มที่มีสุขภาพปานกลางและดี ตามลำดับ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.213)

ภาระการดูแลของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นสามีภรรยา จะเกิดภาระการดูแลมากที่สุด แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.554)

ระยะเวลาที่ป่วย 1-10 ปี มีภาระการดูแล ร้อยละ 53.3 ระยะป่วยนาน 11-20 ปี มีภาระการดูแล ร้อยละ 55.6 และระยะป่วย 21-30 ปี มีภาระการดูแล ร้อยละ 75 จะเห็นว่าผู้ที่ป่วยมานาน จะทำให้มีภาระการดูแลมากกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.052)

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับภาระการดูแล (Care giver burden)

| ปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์ | ไม่มี ภาระการดูแล (N=20) | มีภาระการดูแล(N=24) | | | $X^2$ (df) (p-value) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | น้อย (N=9) | ปานกลาง (N=10) | มาก (N=5) | |
| **เพศ** | | | | | |
| หญิง | 18 | 8 | 6 | 5 | 0.737 |
| ชาย | 2 | 1 | 4 | 0 | |
| GAF score | | | | | |
| น้อยกว่า 20 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0.004 |
| 21-40 | 11 | 4 | 5 | 3 | |
| มากกว่า 40 | 9 | 4 | 4 | 2 | |
| **การใช้แอลกอฮอล์ ในช่วง 1 เดือน** | | | | | |
| ไม่ดื่ม | 16 | 7 | 3 | 0 | 0.001 |
| ดื่ม 1-2 ครั้ง | 3 | 2 | 6 | 2 | |
| ดื่มมากกว่า 3 ครั้ง | 1 | 0 | 1 | 3 | |

**ตารางที่ 3** ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับภาระการดูแล (Care giver burden) (ต่อ)

| ปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์ | ไม่มี ภาระการดูแล (N=20) | มีภาระการดูแล(N=24) | | | $X^2$ (df) (p-value) |
|---|---|---|---|---|---|
| | | น้อย (N=9) | ปานกลาง (N=10) | มาก (N=5) | |
| **รายได้ (บาท/เดือน)** | | | | | |
| น้อยกว่า 5,000 | 13 | 7 | 9 | 5 | |
| 5,001-10,000 | 6 | 1 | 1 | 0 | 0.049 |
| มากกว่า 10,000 | 1 | 1 | 0 | 0 | |
| **ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย(ปี)** | | | | | |
| 1-10 | 14 | 7 | 8 | 1 | |
| 11-20 | 4 | 0 | 1 | 4 | 0.057 |
| 21-30 | 1 | 2 | 1 | 0 | |
| 31-40 | 1 | 0 | 0 | 0 | |
| **สุขภาพโดยรวม** | | | | | |
| ไม่ดี มีโรคประจำตัวรุนแรง | 1 | 0 | 0 | 1 | |
| ปานกลาง มีโรคประจำตัว แต่ไม่รุนแรง ทำกิจวัตรต่างๆได้ | 4 | 5 | 2 | 2 | 0.213 |
| ดี ไม่มีโรคประจำตัว สุขภาพแข็งแรง | 15 | 4 | 8 | 2 | |
| **ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย** | | | | | |
| คู่สมรส | 2 | 2 | 0 | 1 | |
| บิดามารดา | 13 | 4 | 8 | 4 | |
| บุตร | 0 | 0 | 1 | 0 | 0.554 |
| ปู่ย่าตายาย | 2 | 2 | 0 | 0 | |
| พี่น้อง | 3 | 1 | 1 | 0 | |

## อภิปรายผล

จากข้อมูลด้านประชากรศาสตร์พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ คือ มารดา ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้ของ Caqueo-Urízar A.และคณะ[7] ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.1 ใกล้เคียงกับการศึกษาในประเทศไทย ของ ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ[8] ซึ่งพบร้อยละ 76.4 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง แต่จะมากกว่าการศึกษาในประเทศอังกฤษ ซึ่งพบผู้ดูแลเป็นเพศหญิงร้อยละ 58 พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 รู้สึกเป็นภาระการดูแล โดยร้อยละ 34.1 ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระการดูแลระดับปานกลางถึงมาก ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาก่อนหน้านี้ในประเทศอิหร่าน[9] ซึ่งใช้เครื่องมือ ZBI เหมือนกัน แต่มีความแตกต่างจากการศึกษาในประเทศอินเดียโดย DiSha Geriani et al.[9] ซึ่งรายงานว่า ร้อยละ 72.7 ของผู้ดูแลรู้สึกว่าเป็นภาระการดูแลระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะใช้เครื่องมือที่แตกต่างกัน (การศึกษานี้ใช้เครื่องมือ Family burden interview schedule)

ในส่วนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล มีเพียงปัจจัยทางรายได้ของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นภาระการดูแล พบว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท จะเกิดภาระการดูแลสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท (p=0.049) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ DiSha Geriani,et al[10] ที่พบว่าไม่มีความเกี่ยวข้องของข้อมูล sociodemographic data ของผู้ดูแลกับระดับภาระการดูแล แต่จะแตกต่างการศึกษาในประเทศอิหร่านซึ่งรายงานว่าระดับของภาระการดูแลมีความสัมพันธ์กับปัจจัยของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ได้ดูแลผู้ป่วย แต่ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์ทางนัยสถิติในการศึกษานี้

เมื่อศึกษาปัจจัยทางด้านผู้ป่วยพบว่าการใช้แอลกอฮอล์ของผู้ป่วยทำให้เกิดภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจจะเป็นได้จากการใช้แอลกอฮอล์มีส่วนทำให้อาการกำเริบได้บ่อยและมีความก้าวร้าวรุนแรงมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Grandon P.[11] ที่รายงานว่าพฤติกรรมวุ่นวายก้าวร้าวส่งผลต่อการเพิ่มภาระการดูแล และยังสอดคล้องกับปัจจัยที่ศึกษาในการศึกษานี้อีกอย่างหนึ่ง คือ Global Assessment of Functioning (GAF) ซึ่งเป็นการประเมินความรุนแรงของโรค การทำหน้าที่ ทั้งหน้าที่การงาน หน้าที่ทางสังคม ปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง พบว่ายิ่ง GAF มีค่าน้อย (อาการรุนแรงมาก บกพร่องในหน้าที่มาก) จะเกิดเป็นภาระการดูแลมากกว่าผู้ป่วยที่มีค่า GAF สูงกว่า แต่พบว่าปัจจัยด้านผู้ป่วยอื่นๆ เช่น อายุ เพศ สถานะสมรส การศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แตกต่างจากการศึกษาของ Gutierrez-Maldonado J.[12] ที่รายงานว่าปัจจัยด้านการศึกษาน้อย ผู้ป่วยอายุน้อย ทำให้เกิดภาระการดูแลสูง

## ข้อจำกัดและข้อเสนอแนะ

1. ความซุกในการศึกษาต่างๆ สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ค่อนข้างยากเพราะในการศึกษาภาระการดูแล มีการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและวิธีการเก็บที่แตกต่างกัน รวมถึงบริบทการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ (เช่น บางประเทศไม่มีการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช บางประเทศมีการดูแลผู้ป่วยในสถานบำบัดระยะยาว) ทำให้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้อาจนำไปเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาอื่นได้ยาก

2. งานวิจัยนี้ไม่ได้มีการเก็บข้อมูลในส่วนของปัจจัยด้านบุคลิกภาพของผู้ดูแล รูปแบบการจัดการกับปัญหา (coping styles) ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล

3. การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขตเทศบาลเมือง ในการศึกษาต่อไป

ควรจะขยายขอบเขตให้กว้างขึ้น เช่น ศึกษาในเขตอำเภอเมือง หรือในจังหวัด

## สรุปผลการวิจัย

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดภาระการดูแลร้อยละ 54.5 ส่วนมากเป็นภาระการดูแลปานกลางร้อยละ 22.7

2. ปัจจัยด้านผู้ดูแลที่สัมพันธ์กับภาระการดูแล ได้แก่ รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ส่วนปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ การใช้แอลกอฮอล์ การมีค่า GAF ต่ำ (มีอาการรุนแรงมาก มีความบกพร่องในหน้าที่มาก)

## เอกสารอ้างอิง


1. Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. Eur Neuropsychopharmacol 2005; 15:4: 399-409.
2. สุพัฒนา เดชาชาติวงศ์ ณ อยุธยา. จิตเภท. [ออนไลน์]. 2549 [สืบค้น 18 พฤศจิกายน 2559] ; เข้าถึงได้ที่ : URL:http://www.dmh.go.th/report/dmh/service/report.asp.
3. Yip KS. Have psychiatric services in Hong Kong been impacted by the deinstitutionalization and community care movements. Adm Policy Ment Health 2000; 27:443-9.
4. Boye B, Bentsen H, Ulstein I, Notland TH, Lersbryggen A, Lingjaerde O, et al. Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. Acta Psychiatr Scand 2001;104: 42-50.
5. Wai-chi Chan S. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. Arch Psychiatr Nurs 2011; 25:339–49.
6. Weisman, A. Integrating culturally based approaches with existing interventions for hispanic/latino families coping with schizophrenia. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 2005:42 :2: 178- 97.
7. Caqueo-Urízar A, Miranda Castillo C, Lemos Giráldez S, Lee Maturana SL, Ramírez Pérez M, Mascayano Tapia F. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. Psicothema 2014;26:235–43
8. ชนัญชิดาดุษฎี ทูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, วรรณรัตน์ ลาวัง. การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง, การพยาบาลและการศึกษา 2554;4:62-75.
9. Shamsaei S, Cheraghi F, Bashirian S, Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia, Iran J Psychiatry 2015;10:4: 239-45
10. DiSha Geriani et al. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015 Mar, Vol-9(3): VC01-VC04)
11. Grandon P, Jenaro C, Lemos S. Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. Psychiatry Res. 2008;158:3:335-43.
12. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh DJ. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40:11:899-904.