วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (กันยายน - ธันวาคม) พ.ศ. 2561
MAHASARAKHAM HOSPITAL JOURNAL Vol. 15 No. 3 (September - December) 2018

บทความวิจัย

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน
Factors Predicting Caring Behaviors of Caregivers for Chronic Schizophrenic Patients at Home

ลำเจียก กำธร[1], โสภิต สุวรรณเวลา[2] และเนาวรัตน์ สิงห์สนั่น[3]
Lamchiek Khumtorn[1], Sopit Suwanvela[2] and Naowarat Singsanun[3]

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยความสัมพันธ์เชิงทำนาย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรที่เป็นผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมารับการรักษาที่แผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตรัง จำนวน 180 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเดือนกรกฎาคม 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลวิจัย พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก โดยพฤติกรรมการดูแลที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ การดูแลด้านจิตสังคม (M=3.22,SD=.26) รองลงมา คือ ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย (M=3.22,SD=.26) และกลุ่มพฤติกรรมที่ปฏิบัติน้อยที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ (M=2.85,SD=.56) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า เพศและอายุ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้ร้อยละ 25

สรุป การส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ให้มีความสมดุลทั้งร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณล้วนเป็นสิ่งที่สำคัญ รวมทั้งการดูแลที่เป็นความเฉพาะของผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วยในบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย ที่ให้ความสำคัญในการดูแลบุคคลในครอบครัว ด้วยความรัก ความห่วงใยเอื้ออาทรและมีจิตสำนึกในการดูแล ไม่ใช่เพียงแค่การมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาเท่านั้น

คำสำคัญ : ผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง, พฤติกรรมการดูแล

---

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
[2] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ABSTRACT

Objectives : The purpose of this study was to examine the caring behaviors of caregivers for chronic schizophrenia patients at home, and the factors predicting the caring behaviors of caregivers for chronic schizophrenia patients at home.

Methods : The study used a correlational predictive research design. The sample consisted of 180 caregivers of chronic schizophrenia patients selected by a simple random sampling technique at the Psychiatric Outpatient Department, Trang Hospital. The instruments included a questionnaire of personal data and a questionnaire of caregivers caring behaviors. Data collection was conducted in July 2017. Data was analysed by descriptive statistics and multiple regression analysis.

Results : The overall mean score of caring behaviors of caregivers for chronic schizophrenic patients was at a high level. The aspect of the psychosocial care was at the highest ($\bar{X}$ = 3.22, SD= .26) and the physical care accounted for the second ($\bar{X}$ =3.22, SD=.26), whereas the spiritual care was at the lowest ($\bar{X}$ =2.85, SD = .56). Multiple regression analysis revealed that the sex and age could predict the caring behaviors of caregivers at 25 %.

Conclusion : Caregivers taking care of schizophrenia patient's in health care providers, may also concern on chronic schizophrenia patients at home based on holism care in Thai culture. Good caregivers must have not only to know the illness and caring well but also to provide love and concern to the patients.

Keywords : Caregivers, Chronic Schizophrenia Patients, Caring Behaviors

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันอัตราการเจ็บป่วยทางจิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นและยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิตรายงานในปี พ.ศ.2556 พบว่าผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด 1,152,044 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท 409,003 ราย มากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชทั้งหมด โรคจิตเภทจัดเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางจิตเวชในกลุ่มที่พบบ่อยที่สุด[1]

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญเพราะนอกจากจะมีอัตราการเกิดโรคสูงแล้วยังมีลักษณะเรื้อรังในผู้ป่วยส่วนใหญ่ และมีอาการกำเริบของโรคสูง[2] โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ไม่ตรงความเป็นจริง อารมณ์แปรปรวน การตัดสินใจไม่เหมาะสม มีพฤติกรรมทางสังคมไม่เหมาะสม และบกพร่องในการดูแลตัวเอง [3] จากความผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังกล่าว ทำให้เกิดผลกระทบตามมา คือ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ทั้งในด้านครอบครัว ด้านการทำงาน และด้านการทำหน้าที่ในสังคม[4] อีกทั้งผู้ป่วยต้องทรมานในภาวะไร้สมรรถภาพ ผู้ป่วยต้องทนอยู่กับอาการเจ็บป่วยเป็นเวลานานกว่าโรคอื่นๆ สภาพเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้รับการช่วยเหลือที่ถูกต้องจะมีอาการกำเริบของโรค การเกิดซ้ำและเป็นเรื้อรังก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพอย่างมาก[5]

จากความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ จึงจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมการดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาอย่างต่อเนื่องยาวนาน และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยมีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชบ่อยครั้ง6 เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน พบว่าผู้ป่วยเหล่านี้ ส่วนใหญ่มักกลับป่วยซ้ำ (Relapse) ต้องกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะๆ ทำให้สูญเสียงบประมาณและเป็นภาระในการดูแลรักษาทั้งกับผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลและรัฐบาลซึ่งการดูแลผู้ป่วยทางจิตที่บ้าน มักทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัวอย่างมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวต้องปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ ทำให้ขาดรายได้หรือมีรายจ่ายเพิ่มขึ้น ยิ่งจะทำให้ญาติซึ่งทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านรับรู้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นภาระรวมทั้งอาการและอาการแสดงที่ยังคงเหลืออยู่และความบกพร่องในการดูแลตนเองเกือบทุกเรื่องกระตุ้นให้ผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลมีความตึงเครียด ส่งผลต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยของผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านด้วย[7]

จากการสำรวจข้อมูลผู้ป่วยในแผนกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 494 คน ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อกลับไปสู่ชุมชน ผู้ป่วยหรือญาติไม่เห็นความสำคัญในการรักษาอย่างต่อเนื่อง คิดว่าหายแล้ว จึงไม่มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ขาดยา ส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะวิกฤตทางสุขภาพจิต และกลับมารักษาซ้ำด้วยโรคเดิม[8] ผู้ดูแลจึงมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดีสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้ดีมากขึ้นและไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และพบว่าตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล อย่างไรก็ตามในพื้นที่จังหวัดตรังยังไม่มีการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งมีบริบทพื้นที่ สังคมและวัฒนาธรรมแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา ดังนั้นการทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัจจัยและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน จะเป็นประโยชน์ในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของผู้ดูแลได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน เพื่อเป็นแนวทางในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถพึ่งพาตนเองในการดำเนินชีวิตและอยู่ในชุมชนอย่างมีคุณค่าและความสุขตามอัตภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน และเพื่อปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

ขอบเขตของงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อหาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรที่เป็นผู้ดูแลที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่แผนกจิตเวช ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง และมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลตรัง ในเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2559

ตัวแปรทำนาย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์แบบทำนาย (correlational predictive research)

ประชากร เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลตรัง และได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและผู้ป่วยมารับบริการ ที่แผนกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลตรังจำนวน 494 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้นำผู้ป่วยเข้ามารักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลตรัง มีจำนวน 214 คน โดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยตารางเลขสุ่ม การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางสำเร็จรูปของ Krejcie & Morgan[9]

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งได้ดัดแปลงจากแบบสอบถามของบุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ[10] ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ดัดแปลงจากแบบสอบถามของบุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ[10] ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ

2) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล ดัดแปลงจากแบบสอบถามของบุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ[10] เป็นแบบประเมินค่า 4 ระดับ มีจำนวน 49 ข้อ จำแนกพฤติกรรมการดูแลเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย จำนวน 22 ข้อ การดูแลด้านจิตสังคม จำนวน 24 ข้อการดูแลด้านจิตวิญญาณ จำนวน 3 ข้อโดยมีค่าคะแนนดังนี้

4 คะแนน ปฏิบัติทุกวัน

3 คะแนน ปฏิบัติ 4-5 ครั้งต่อสัปดาห์

2 คะแนน ปฏิบัติ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์

1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) เพื่อให้ได้สาระตรงกับสิ่งที่ต้องการมากที่สุด โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 ท่าน

2. หลังจากได้รับการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว คณะผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไข โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ 0.5

วิธีดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรัง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลตรังแล้ว ผู้วิจัยได้นัดหมายและเข้าพบกับหัวหน้าคลินิกจิตเวช เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล และชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยรายละเอียดวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลคุณสมบัติและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัวชี้แจงรายละเอียดต่างๆเกี่ยวกับการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการรักษาความลับและบอกให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงการมีอิสระที่จะยินดีหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตนเองและผู้อื่น

4. นำแบบประเมินไปดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการร่วมวิจัยครั้งนี้ เมื่อผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้เวลาคนละประมาณ 30-40 นาที ระยะเวลาดำเนินการเดือนกรกฎาคม 2559 เป็นระยะเวลา 1 เดือน

5. นำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งหมดจำนวน 214 ชุด จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

จริยธรรมการศึกษา งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลตรัง ได้หมายเลขรับรอง 6/2559 ลงวันที่ 7 เมษายน 2559 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและให้ผู้มีส่วนร่วมการวิจัยเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองภายหลังการชี้แจง ซึ่งผู้วิจัยได้แจ้งผู้มีส่วนร่วมการวิจัยว่ามีสิทธิปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยและ

ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล รวมทั้งได้ถึงชี้แจงถึงวิธีและขั้นตอนการดำเนินการวิจัยอย่างครบถ้วน

สถิติที่ใช้ในการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ทำการการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

1.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

1.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

1.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (multicollinearity) โดยการพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (r) ระหว่าง .30 - .68 จากเกณฑ์ไม่เกิน .85 (Singchungchai, 2006)

1.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson จากเกณฑ์ 1.5 - 2.5

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2.1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ โดยหาค่าสถิติพื้นฐานของตัวแปรที่ศึกษา เพื่อทำให้ทราบลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณหาค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ซึ่งมีปัจจัยด้านประชากรและปัจจัยทั่วไปประกอบด้วย

2.1.1 เพศ และอายุ นำมาคำนวณหาร้อยละ และค่าเฉลี่ย (M) ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วย และความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต นำมาหาค่าร้อยละ และการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ นำมาหาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2.1.2 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแลประกอบด้วย 3 ด้าน คือ การดูแลด้านสุขภาพอนามัยของร่างกาย การดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลด้านจิตวิญญาณ นำมาหาค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

3. วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านโดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Stepwise

ผลการวิจัย

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 180 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.9 มีอายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง 40-49 ปี ร้อยละ 42.2 อายุน้อยที่สุดคือ 16 ปี และอายุมากที่สุดคือ 68 ปี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น สามี หรือภรรยา หรือพ่อแม่ ร้อยละ 63.3 รองลงมาไม่ใช่สามีหรือภรรยา หรือไม่ใช่พ่อแม่ ร้อยละ 36.7 ระดับการศึกษามากที่สุดคือ ประถมศึกษาร้อยละ 33.9 รองลงมา มัธยมศึกษา ร้อยละ 25.0 และน้อยที่สุดคือ ปริญญาโท ร้อยละ1.1 ตามลำดับ รายได้ต่อเดือนของครอบครัวที่มากที่สุดคือ 10,000-29,999 บาท ร้อยละ 51.7 รองลงมาคือมีรายได้ระหว่าง 6,000-6,999 บาท ร้อยละ 36.1 และน้อยที่สุดคือ รายได้ตั้งแต่ 30,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 1.7 ตามลำดับ ด้านการประกอบอาชีพ อาชีพของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ ทำการเกษตร ร้อยละ 25.0 รองลงมาคือ ค้าขายและพนักงานบริษัทเอกชนร้อยละ 19.4และน้อยที่สุดคือ ประกอบอาชีพอื่นๆ เช่น แม่บ้านร้อยละ 1.1 ตามลำดับ สถานภาพสมรส สถานภาพคู่ มากที่สุด ร้อยละ 67.2 รองลงมาคือ โสด ร้อยละ 21.1 และน้อยที่สุดคือ อื่นๆ

ร้อยละ 0.6 ตามลำดับระยะเวลาของการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่มากที่สุดคือมากกว่า 3–5 ปี ร้อยละ 27.8 รองลงมาคือ มากกว่า 1-3 ปี ร้อยละ 27.8 และน้อยที่สุดคือน้อยกว่า 1 ปีร้อยละ 3.3 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตว่า สามารถหาย/สามารถดูแลเองได้ร้อยละ 95.0 และมีความเชื่อว่า ไม่สามารถหาย/ไม่สามารถดูแลตนเองได้ร้อยละ 5.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการรับรู้แหล่งช่วยเหลือ นอกจากครอบครัว ร้อยละ 78.3 และมีการรับรู้แหล่งช่วยเหลือมีแหล่งช่วยเหลืออื่นๆ ร้อยละ 21.7

2) พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีจำนวน 180 คน พบว่า มีพฤติกรรมการดูแลโดยรวม ด้านจิตสังคม มากที่สุด (M = 3.68, SD = .19) รองลงมาคือ ด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย (M = 3.22, SD = .26) และน้อยที่สุดคือ การดูแลด้านจิตวิญญาณ (M = 2.85, SD = .56) ตามลำดับ

จากการศึกษาพบว่า เมื่อจำแนกพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านจำแนกตามพฤติกรรมรายข้อ พบว่า พฤติกรรมการดูแลโดยรวมด้านจิตสังคมที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด ข้อที่ 31) ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆในบ้าน (M = 3.87, SD = .36) รองลงมาคือ ข้อที่32) ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วย (M = 3.85, SD = .35) และข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อที่ 46) เปิดโอกาสในการสร้างงาน สร้างอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วย (M = 3.46, SD = .64) รองลงมาคือด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกาย ที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด ข้อที่3) ดูแลให้ผู้ป่วยกินอาหาร เช่น เดียวกับคนในบ้าน (M = 3.73, SD = .48) รองลงมาคือข้อที่ 6) ดูแลการกินอาหารให้ครบทุกมื้อ (M = 3.69, SD = .47) และข้อที่น้อยที่สุดคือ ข้อที่ 22) ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะว่าเป็นปกติหรือไม่ (M = 2.84, SD = .72) และน้อยที่สุดคือการดูแลด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุดคือข้อที่ 48) ดูแลให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ (M = 2.87, SD = .67) รองลงมาคือข้อที่ 47) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และข้อที่ 49)กระตุ้นและร่วมให้ปฏิบัติศาสนากิจกับผู้ป่วย (M = 2.86, SD = .68) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

จากการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน พบว่า เพศเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$) อายุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$) ดังตารางที่ 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยพหุคูณ(Multiple Regression) ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

ตาราง 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบถดถอยพหุคูณ(Multiple Regression) ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน(n=180)

ตัวแปรอิสระ	*B*	*Beta*	R^2	R^2	R^2*Change*	F	P-value
เพศ	0.16	0.35	0.35	0.11	0.12	24.83	.000
อายุ	-0.04	-0.17	0.17	0.26	0.32	5.80	.01
ระดับการศึกษา	.01	.74	.07	.00	.00	.98	.32
รายได้	.02	.11	.11	.00	.01	2.5	.11
อาชีพ	.00	.00	.00	-.00	.00	.00	.98
สถานภาพ	-.01	-.07	.07	.00	.00	1.10	.29
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	-.01	-.04	.04	-.00	.00	.29	.59
ระยะเวลาการดูแลผู้ป่วย	.01	.08	.08	.00	.00	1.31	.25
ความเชื่อเกี่ยวกับความเจ็บป่วย	-.10	-.11	.11	.00	.01	2.22	.13
การรับรู้แหล่งช่วยเหลือ	.00	.01	.01	-.00	.00	.03	.85

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน สามารถนำผลการศึกษามาอภิปราย ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล

จากผลการศึกษาพบว่า โดยทั่วไปกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านในระดับมาก อธิบายได้ว่าลักษณะครอบครัวของคนในจังหวัดตรัง ส่วนใหญ่ยังเป็นครอบครัวครอบครัวใหญ่ที่อยู่รวมกันหลายคน มีพ่อแม่ ลูก หลาน ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติอื่นๆ รวมอยู่ด้วย ซึ่งเป็นระบบเครือญาติ เกิดความผูกพัน ห่วงใยดูแลทุกข์สุขกัน เป็นสายสัมพันธ์อันแน่นเฟ้นที่ต้องอุปการะเกื้อกูลกัน การที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านในระดับมากอาจมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของสังคมไทย โดยเฉพาะในสังคมชนบท ที่ยังให้คุณค่ากับสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ และสายใยสัมพันธ์ของพ่อแม่บุตรและเครือญาติที่ยังมีเหลืออยู่ ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งที่ให้การดูแล แบ่งปันความรักความอบอุ่นและเป็นที่พักพิงทางใจของสมาชิกยามประสบปัญหา แต่ส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป โดยพยายามพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจและมีสัมพันธภาพที่ดี[11] และจากข้อมูลทั่วไปพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็น สามี หรือภรรยา หรือพ่อ แม่ ร้อยละ 63.3 จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสมาชิกภายในครอบครัวเป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดูแลนั้นจะดูแลให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านจิตวิญญาณ

พฤติกรรมการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติมากที่สุด คือ การดูแลพฤติกรรมด้านจิตสังคม พบว่ากิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นๆ ในบ้าน รองลงมา คือ ปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยคำนึงถึงความรู้สึกของผู้ป่วยและน้อยที่สุด คือ เปิดโอกาสในการสร้างงาน สร้างอาชีพตามศักยภาพของผู้ป่วย สามารถอธิบายได้ว่าการปฏิบัติดังกล่าวอาจมีอิทธิพลมาจากวัฒนธรรมของสังคมไทยที่ยังให้คุณค่ากับสมาชิกในครอบครัวตามบทบาทหน้าที่ และสายใยสัมพันธ์ของพ่อแม่ บุตรและเครือญาติที่ยังมีเหลืออยู่ โดยเฉพาะในชนบทของประเทศไทย ที่ครอบครัวยังคงเป็นแหล่งที่ให้การดูแล แบ่งปันความรักความอบอุ่นและเป็นที่พักพิงทางใจของสมาชิกยามประสบปัญหาแม้กลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกเครียดหรือรู้สึกคุกคามต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ส่วนใหญ่ก็ยังเต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยตลอดไป

โดยพยายามพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจและมีสัมพันธภาพที่ดี[8] และยังพบว่าความเข้มแข็งทางจิตสังคมมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิต เป็นความเข้มแข็งทางใจที่จะช่วยขับเคลื่อนให้บุคคลสามารถปรับตัวได้ในทุกสถานการณ์ มีความมุ่งมั่น ไม่ย่อท้อ สามารถต่อสู้ด้วยหัวใจที่เข้มแข็งเพื่อก้าวไปสู่สภาพชีวิตที่ดีขึ้น การพัฒนาให้กลุ่มตัวอย่างมีพลังสุขภาพจิตจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเผชิญหน้าและเปลี่ยนสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ดีมีความสามารถในการพัฒนาวิธีลดความตึงเครียด[11] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ[10] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) โดยป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 223 ราย พบว่า การให้ความสำคัญของกลุ่มตัวอย่างในการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนั้น อาจมีสาเหตุจากความเชื่อของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยมีสาเหตุจากความไม่สบายใจอย่างมาก จึงให้การดูแลผู้ป่วยในด้านที่ตนเองมีความเชื่อ สอดคล้องกับแนวคิดหลักทฤษฎีการรู้การเข้าใจ (Cognitive Theories) ที่ว่า ตัวแปรที่กำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ที่สำคัญ ได้แก่ ความเชื่อความมุ่งหวังและความคาดหมายว่าจะเกิดอะไรขึ้นในอนาคตเช่นเดียวกับ กาแลนติ อ้างอิงในบุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ10 ที่อธิบายว่า การเข้าใจกับพฤติกรรมใดๆที่สำคัญต้องให้ความสำคัญกับความสนใจความเชื่อมั่นและมุมมองต่อเรื่องนั้นๆของบุคคลเสมอ

พฤติกรรมการดูแลรองลงมา คือ การดูแลด้านสุขภาพร่างกาย ซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับปานกลางพบว่า กิจกรรมการดูแลที่ปฏิบัติมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ การดูแลให้ผู้ป่วยกินอาหารเช่นเดียวกับคนในบ้าน รองลงมาคือ การดูแลให้กินอาหารให้ครบทุกมื้อ และน้อยที่สุด คือ ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะว่าเป็นปกติหรือไม่ ซึ่งอธิบายได้ว่า การรับประทานอาหารเป็นปัจจัยที่มีส่วนสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เนื่องจากการสัมภาษณ์จากกลุ่มตัวอย่าง การสังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยมักจะสังเกตได้จากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่สามารถบ่งชี้ถึงการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม และการรับประทานอาหารร่วมกันกับสมาชิกในบ้านจะทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการพูดคุย และใช้เวลาร่วมกับครอบครัวโดยไม่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแปลกหรือแตกต่างไปจากคนทั่วไป และยังมีส่วนสัมพันธ์กับการรับประทานยาและผลข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของสุรดา จันดีกระยอม[12] ที่ศึกษาเรื่องความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการบริการที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาสารคาม โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิติเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง และมารับบริการที่คลินิกสุขภาพจิตโรงพยาบาลมหาสารคาม จำนวนทั้งสิ้น 82 คน พบว่าภาวะเมตาบอลิกซินโดรมเป็นสาเหตุ สำคัญอย่างหนึ่งของการเสียชีวิตในผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ซึ่งพบภาวะนี้ได้ มากกว่าถึงร้อยละ 50 สาเหตุของภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเวชเกิดจากหลายๆปัจจัย เช่น การมีวิถีชีวิตที่ไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกายจากธรรมชาติของ การเจ็บป่วยทางจิตในบางช่วงเวลา การไม่ระมัดระวัง เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและแนวโน้มใหม่ที่เกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยารักษาอาการทางจิต ในด้านที่น้อยที่สุดคือ ดูแลการขับถ่ายปัสสาวะว่าเป็นปกติหรือไม่ อธิบายได้ว่า ปัญหาการขับถ่ายถือเป็นเรื่องส่วนตัวของคนทั่วไปรวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ป่วยบางรายสามารถดูแลตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้มีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง หรือให้ความสำคัญในการดูแล หรือสังเกตพฤติกรรมการขับถ่าย และประกอบกับขาดความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาทางจิตเวชซึ่งมีผลข้างเคียงของยาต่อการขับถ่าย ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัย

ขอบุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ[10] ที่ศึกษา เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (Chronic Schizophrenia) โดยป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 223 ราย พบว่า บุคคลทั่วไปมักรับรู้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเองได้ รวมทั้งปัญหาการขับถ่ายเป็นเรื่องที่สังเกตยาก คนส่วนใหญ่จึงมักถือเป็นเรื่องส่วนตัว ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลของยาต้านโรคจิต (Anti-Psychotic Drug) ส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการขับถ่ายได้ จึงทำให้ละเลยการดูแลหรือให้การดูแลในด้านการขับถ่ายน้อยกว่าเรื่องอื่นๆ

ส่วนพฤติกรรมการดูแลที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติน้อยที่สุด คือ การดูแลในด้านจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นการปฏิบัติในระดับน้อย พบว่า กิจกรรมที่ดูแลมากที่สุด คือ การดูแลให้ผู้ป่วยมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และน้อยที่สุดคือ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อของผู้ป่วย และกระตุ้นและร่วมให้ปฏิบัติศาสนากิจกับผู้ป่วย อธิบายได้ว่า ในสังคมไทยปัจจุบันการรักษาทางการแพทย์มีความก้าวหน้า และเป็นที่ยอมรับในสังคมมากขึ้น จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลด้านร่างกาย การรักษาและบำบัดทางการแพทย์มากกว่าที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามความเชื่อ หรือกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการปฏิบัติศาสนกิจ ทั้งนี้อาจมีส่วนเกี่ยวเนื่องกับข้อจำกัดในด้านเวลาการประกอบอาชีพ เศรษฐานะของกลุ่มตัวอย่างที่จะส่งเสริมในด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของบุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ[10] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านของผู้ดูแล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้านและศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของผู้ดูแลขณะอยู่ที่บ้าน โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (chronic schizophrenia) โดยป่วยด้วยโรคจิตเภทมานานอย่างน้อย 3 ปีขึ้นไป จำนวน 223 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความหวังในการบำบัดรักษาทางการแพทย์รวมทั้งประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่างที่นำผู้ป่วยจิตเภท มารับการรักษาทุกครั้ง ผู้ป่วยจะมีอาการดีขึ้นและกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนได้ทุกครั้ง ทำให้มีความหวังกับการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบันมากกว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ ที่ไม่เห็นผลการรักษาที่เป็นรูปธรรม ซึ่งการเสาะแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจหรือที่พึ่งทางจิตวิญญาณของบุคคล มักกระทำเมื่อบุคคลหมดหนทางแก้ปัญหา รวมทั้งประสบการณ์การรับการรักษาและการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย จากเหตุผลดังกล่าว อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นประโยชน์ของการดูแลด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยน้อยลงได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านจากผลการวิเคราะห์พหุคูณแบบถดถอย (Multiple Regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า ปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างได้ ได้แก่ อายุและเพศของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 ปี มีมากที่สุดถึงร้อยละ 42.2 เห็นได้ว่าในช่วงอายุดังกล่าวเป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างต้องรับภาระมากและต้องใช้พลังสุขภาพจิตอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนี้อายุที่มากขึ้นของกลุ่มตัวอย่างส่งผลต่อวุฒิภาวะด้านอารมณ์ที่สูงสอดคล้องกับงานวิจัยของตันติมา ด้วงโยธา[11] ที่ศึกษาเรื่องการศึกษาและพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นราย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบของความหยุ่นตัว เพื่อสร้างโปรแกรมการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล และ เพื่อเปรียบเทียบผลการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลเพื่อพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรกเป็นกลุ่มตัวอย่างที่

ใช้ในการศึกษาองค์ประกอบของความหยุ่นตัวจำนวน 500 คน กลุ่มที่ 2 เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคะแนนความหยุ่นตัวต่ำกว่าเปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 ลงมา จำนวน 16 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี และ 60 ปีขึ้นไป มีการแก้ไขปัญหาและปรับตัวในการดูแลได้ดีกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 40 ปีและสอดคล้องกับงานวิจัยของเทียนทอง หาระบุตร[13] ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุระยะเวลาในการดูแลลักษณะอาการของโรคผู้ป่วยความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับกลุ่มตัวอย่างระดับความเครียดการเห็นคุณค่าในตนเองความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างกับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุม โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยในชุมชน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ทำการเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตรวม 4 ภาคพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 40-49 และ 50-59 ปี ที่มีถึงร้อยละ 29.8 และ 28.6 เป็นจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งเห็นได้ว่าอายุช่วงดังกล่าวเป็นช่วงที่กลุ่มตัวอย่างต้องรับภาระมากและต้องใช้พลังสุขภาพจิตระดับสูงในการดูแลผู้ป่วยนอกจากนี้อายุที่มากขึ้นของกลุ่มตัวอย่างส่งผลต่อวุฒิภาวะทางอารมณ์ที่สูง

ส่วนปัจจัยด้านเพศ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมาก ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยน้อย อธิบายได้ว่า ผู้ที่รับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและมักมีบทบาทเป็นแม่ของผู้ป่วยด้วย อาจเนื่องจากลักษณะสังคมวัฒนธรรมไทยที่ผู้หญิงมีบทบาทในครอบครัว โดยเป็นแม่บ้านเป็นผู้ดูแลบุตรและสมาชิกในบ้านตามที่นาถฤดี เด่นดวง[14] กล่าวว่า บทบาทและความเป็นหญิงเป็นชายในแต่ละสังคมจะถูกหล่อหลอมออกมาตามลักษณะทางเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม ครอบครัว และยังเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กับอายุชนชั้น เชื้อชาติเผ่าพันธุ์ศาสนา ความเชื่อ ค่านิยม สภาพภูมิศาสตร์ของสังคมนั้นๆ อีกด้วย บทบาทและความเป็นหญิงเป็นชายทางสังคมจึงไม่หยุดนิ่ง และเปลี่ยนแปลงได้ตามยุคสมัยกาลเวลา ทำให้ในบางสังคมแนวความคิดเกี่ยวกับความเป็นหญิงเป็นชายเปลี่ยนแปลงได้ยากหรือเปลี่ยนแปลงได้น้อยทำให้ไม่สอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจสังคมวัฒนธรรมที่เปลี่ยนแปลงไป หรือแม้แต่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย บทบาทและความคาดหวังบางอย่างก็ยังฝังแน่นและไม่เปลี่ยนแปลง หรือไม่ก็นำไปผูกโยงยึดติดกับบทบาทเพศทางร่างกาย จนหลงลืมกันไปว่าบทบาทความเป็นหญิงชายเหล่านี้ถูกกำหนดโดยสังคม ในสังคมชายเป็นใหญ่เช่นสังคมของเรา ตามประเพณีแล้วชายมีอำนาจเหนือหญิง ซึ่งรวมถึงภายในครอบครัวด้วย ตามประเพณี ผู้เป็นสามีจะเป็นผู้หาเลี้ยงและเป็นผู้มีอำนาจสิทธิ์ขาดในบ้าน และฝ่ายผู้เป็นภรรยานั้นมักรับผิดชอบเป็นผู้ดูแลครอบครัว รับผิดชอบดูแลอารมณ์ความรู้สึกของคนในครอบครัว เป็นผู้ประสานให้ครอบครัวอยู่ด้วยกันและทำบทบาทได้อย่างราบรื่น

อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องเหล่านี้สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมการดูแลได้น้อย อธิบายได้ว่าอาจมีปัจจัยอื่นๆที่ผู้วิจัยไม่ได้ศึกษาด้วยเช่น ความเหนื่อยล้า และความเบื่อหน่ายเป็นต้น

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ยังพบว่าตัวแปรอิสระหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ สถานภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรับรู้แหล่งช่วยเหลือ ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้านได้อย่างชัดเจน ($p<.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่า เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตเป็นกระบวนการที่ซับซ้อน เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆมากมาย เป็นเรื่องนามธรรมยากต่อการเข้าใจหรืออธิบายได้ชัดเจน มีความเป็นเฉพาะรายสูง รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องยาวนานการหายจากการเจ็บป่วยก็ไม่สมบูรณ์มักทิ้งร่อยรอยของความเจ็บป่วยไว้ มีสถิติการกลับเป็นซ้ำสูง และที่สำคัญอาการเจ็บป่วยทางจิตมักทำให้กลุ่มตัวอย่างจำนวนมากต้องเผชิญกับความรู้สึกถูกคุกคาม ถูกข่มขู่ และพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยเป็นประจำ ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยเสียขวัญบ่อยครั้งเป็นที่อับอายต่อ

สาธารณชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งต้องกักขังปกปิดผู้ป่วยไว้ในบ้าน หรือขาดอิสรภาพในการดำรงชีวิตเนื่องจากต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต้องมีความรัก มีความอดทนอดกลั้น มีความรับผิดชอบและมีจิตสำนึกในการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างมาก น่าจะทำให้ตัวแปรที่ไม่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกเช่นนี้ไม่สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรตามหรือพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ชัดเจนต่างจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ด้านจิตวิญญาณน้อยที่สุด ดังนั้นควรนำไปปรับใช้ในการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต และในรายวิชาอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีการดูแลด้านจิตวิญญาณมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาวิจัยกับกลุ่มที่ไม่สามารถนำผู้ป่วยมารับการรักษาติดตามผลที่โรงพยาบาลเช่น ศึกษาเชิงคุณภาพจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วมที่บ้านของผู้ดูแลโดยตรง

2) ควรศึกษาปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา แต่ไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามที่ตนมีความรู้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต. สถิติผู้ป่วยจิตเวช. สืบค้นเมื่อ 24 สิงหาคม 2559, จาก http://www.dmh.go.th/report/report1.asp
2. มาโนช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท(Schizophrenia). สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2559, จาก http://med.mahidol.ac.th
3. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บียอยด์ เอนเทอร์ไพรซ์; 2552.
4. นงลักษณ์ วรรักษ์ธนานันท์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมหาวิทยาลัยบูรพา; 2546.
5. เกษศิรินทร์ ภู่เพชร อรวรรณ หนูแก้ว และศรีสุดา วนาลีสิน. ผลของโปรแกรมการระลึกความหลังต่อความหวังในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า : การศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขเครือข่ายภาคใต้ 2559: 5(1): 15-34.
6. ยาใจ สิทธิมงคล. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมผู้ป่วยจิตเภทให้ความ ร่วมมือในการทานยาตามแผนการรักษา. นครปฐม: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิตมหาวิทยาลัยมหิดล; 2549.
7. United Nations Population Fund.The Impact of Demographic Changes in Thailand: the Situation and Policy Recommendations. Bangkok: United Nations Population Fund; 2010.
8. โรงพยาบาลตรัง. สถิติผู้ป่วยจิตเภท แผนกจิตเวช. ตรัง: ฝ่ายเวชระเบียน โรงพยาบาลตรัง; 2559.
9. รัตน์ศิริ ทาโต. การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์; 2551.
10. บุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ. ความสามารถของผู้ดูแลในการฟื้นฟูทักษะทางสังคม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2554 : 19(3): 181-190
11. ตันติมา ด้วงโยธา. การศึกษาและพัฒนาความหยุ่นตัวของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล. ปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ (เน้นวิจัย) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ; 2553.

12. สุรดา จันดีกระยอม. ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2559 : 9(1): 716 -726.
13. เทียนทอง หาระบุตร. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2555.
14. นาถฤดี เด่นดวง. เพศ (SEX) ความเป็นหญิงความเป็นชาย (GENDER) การขัดเกลาทางสังคม (SOCIALLIZATION) และความเสมอภาคหญิงชาย (GANDER EQUALITY). สืบค้นเมื่อ 16 พฤศจิกายน 2559, จาก http://www.owf.go.th/wofa