

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การระการ
ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงนำเสนอการทบทวนวรรณกรรมดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 การวินิจฉัยแยกโรค

1.3 การดำเนินโรค

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของผู้ดูแล

2.2 ประเภทของผู้ดูแล

2.3 ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

3. การระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของการระการดูแล

3.2 ชนิดของการระการดูแล

3.3 ผลกระทบจากการดูแล

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระการดูแล

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

4.3 ปัจจัยเกี่ยวกับการดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบได้ทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยพบ
ความชุกประมาณ 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000คน และมีความชุกตลอดชีพ (Lifetime Prevalence)
7.00-9.00 ต่อประชากร 1,000 คน พบได้ทั้งเพศชายและเพศหญิงในอัตราใกล้เคียงกัน และพบมาก
ในช่วงอายุ 15-54 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) อาการป่วยไม่เพียงแต่
เกิดขึ้นเรื้อรังเท่านั้น ยังมีความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ทางสังคม การดำเนินชีวิตในชุมชนตาม
ตำพังอย่างปกติได้สำเร็จจึงเป็นไปได้ยากมาก การระการดูแลจึงตกอยู่กับผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่

1. ความหมายของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท คือบุคคลที่มีกลุ่มอาการผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้เป็นพื้นฐาน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและอารมณ์ไม่เหมาะสม ในขณะที่ความรู้สึกตัวและสติปัญญายังปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏชัดอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน (World Health Organization [WHO], 1992) โดยไม่สามารถระบุสาเหตุการเกิดโรคได้อย่างชัดเจน

2. การวินิจฉัยแยกโรค

2.1 ตามระบบ DSM-IV

การวินิจฉัยแยกโรคตามระบบ DSM-IV (Diagnostic and Statistic Manual Disorders, 4th edition) ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน เป็นการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์มาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย รวมทั้งในประเทศไทย โดยมีเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548)

- A. ลักษณะอาการจำเพาะ: มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อยสองข้อขึ้นไป โดยมีแต่ละอาการอยู่ยาวนานพอสมควรในช่วง 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้ หากรักษาได้ผล) ได้แก่
- อาการหลงผิด (Delusion)
 - อาการประสาทหลอน (Hallucination)
 - การพูดที่ไม่เป็นระบบ (Disorganized Speech) เช่น มีการพูดซ้ำ ๆ เหมือนแผ่นเสียงตกร่อง (Derailment) หรือ ไม่ปะติดปะต่อ (Incoherence) อยู่บ่อย ๆ
 - มีพฤติกรรมสับสน (Disorganized) หรือ มีพฤติกรรมแบบทรงท่าเกร็งอยู่หนึ่ง ๆ เป็นเวลานาน (Catatonic) อย่างเห็นได้ชัด
 - อาการด้านลบ (Negative Symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย (Affective Flattening) พูดน้อยหรือ ไม่พูด (Alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (Avolition)

หากผู้ป่วยมีเพียงอาการเดียวในเกณฑ์ข้อ A. ก็เพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากอาการหลงผิดเป็นแบบแปลกประหลาด (Bizarre) หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วย หรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน

B. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วย กิจกรรมด้านสำคัญ ๆ ของผู้ป่วยบกพร่องลงจากระดับเดิมก่อนป่วยอย่างชัดเจน อย่างน้อยหนึ่งด้านขึ้นไป เช่น การงานสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง โดยมีปัญหานี้อยู่นานพอสมควร (หรือหากเริ่มป่วยตั้งแต่วัยเด็กหรือวัยรุ่น ผู้ป่วยมีพัฒนาการไม่ถึงเป้าหมายตามวัยในด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเรียน หรือการทำงาน

C. มีความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งภายใน 6 เดือนนี้ต้องมีอาการตามเกณฑ์ข้อ A. (ระยะอาการกำเริบ) นานอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และอาจรวมถึงระยะที่มีอาการเริ่มต้น (Prodromal Symptoms) หรืออาการหลงเหลือ (Residual Symptoms) ด้วย ในระยะเริ่มต้น หรือระยะหลงเหลือ อาจมีอาการเพียงแค่อาการด้านลบ หรืออาการตามเกณฑ์ข้อ A. สองข้อขึ้นไป หรืออาการบางเบากว่า (เช่น มีความคิดแปลก ๆ มีการรับรู้ที่ต่างไปจากปกติ (Unusual Perceptual Experience))

D. ไม่รวมถึง Schizoaffective และ Mood Disorder โดยต้องแยกโรค Schizoaffective และ Mood Disorder ที่มีอาการโรคจิต โดยถ้าเป็น Schizoaffective ต้องไม่มี Major Depressive, Manic หรือมี Mix Episode ในระยะอาการโรคจิตกำเริบ หรือหากมีอาการด้านอารมณ์ขณะที่อาการโรคจิตกำเริบช่วงเวลาที่มียาอาการด้านอารมณ์โดยรวมทั้งหมดจะสั้น เมื่อเทียบกับระยะเวลาที่โรคจิตกำเริบ และระยะเวลาที่มีอาการโรคจิตหลงเหลือ

E. ไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารหรือโรคทางกาย: อาการไม่ได้เป็นผลโดยตรงด้านสรีรวิทยาจากสาร เช่น สารเสพติด ยา หรือจากภาวะเจ็บป่วยทางกาย

F. ความเกี่ยวเนื่องกับ Pervasive Development Disorder หากมีประวัติของ Autistic Disorder หรือ Pervasive Development Disorder จะวินิจฉัยว่าเป็น Schizophrenia ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างชัดเจนนานอย่างน้อยหนึ่งเดือน (หรือน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล)

2.2 การวินิจฉัยแยกโรคตามระบบ ICD-10

การวินิจฉัยแยกโรคตามระบบ ICD-10 ได้วางเกณฑ์การวินิจฉัยตามอาการเป็นข้อ ๆ โดยผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน หรือถ้าอาการไม่ชัดเจนนัก ต้องมี 2 อาการหรือมากกว่า ตามข้อต่าง ๆ ต่อไปนี้ จากข้อ 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการจากข้อ 5 ถึง 8 และมีอาการอยู่เกือบตลอดเวลา 1 เดือนขึ้นไป (WHO, 1992) อาการต่าง ๆ ได้แก่

2.2.1 ความคิดก้อง (Thought Echo) ความคิดถูกสอดแทรก (Thought Insertion) หรือ ความคิดกระจาย (Thought Broadcasting)

2.2.2 ความคิดหลงผิดว่าถูกควบคุมจากอิทธิพลภายนอก (Delusion of Control) มีความคิด การกระทำ หรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะ (Delusion of Grandeur)

2.2.3 หนูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกี่ยวกับตนเองหรือได้ยินเสียงจากส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย (Hallucinatory Voice Commenting)

2.2.4 ความคิดหลงผิดในการรับรู้ (Delusion Perception) ซึ่งไม่เข้ากับวัฒนธรรม ความเชื่อของคนทั่วไป หรือไม่มีทางเป็นไปได้ เช่น ความหลงผิดเกี่ยวกับศาสนา การเมือง อำนาจ และความสามารถเหนือมนุษย์

2.2.5 ประสาทหลอน อาจมีความหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้มีทุกวันเป็นอยู่หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

2.2.6 มีความคิดผิดปกติ (Thought Disorder) พูดวกวนไม่ตรงประเด็น หรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง

2.2.7 มีพฤติกรรมแบบทรงท่าเกร็งอยู่นิ่งๆ เป็นเวลานาน อย่างเห็นได้ชัด (Catatonic) เช่น วางท่าแปลก ๆ คงท่า ตามที่ถูกจัดต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด

2.2.8 อาการทางลบ (Negative Symptom) เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมย หรือไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

2.2.9 มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน มีความคิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตน และแยกตัวออกจากสังคม

3. การดำเนินโรค

การดำเนินโรคแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Kaplan & Sadock, 1995)

3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) โดยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มีปัญหาเรื่องการทำงาน สัมพันธภาพและการเรียน อาการส่วนใหญ่เป็นอาการทางลบ (Negative Symptoms) หรืออาการแสดงที่น้อยกว่าสภาพจิตปกติ โดยทั่วไปจะใช้เวลาประมาณ 1 ปี ก่อนเข้าสู่ระยะอาการชัดเจน

3.2 ระยะอาการชัดเจน (Active Phase) ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงอาการทางบวก (Positive Symptoms) หรืออาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติอย่างชัดเจน เช่น หลงผิด ประสาทหลอน รูปแบบการพูดเสียระบบ หรือมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงเช่น ก้าวร้าว ทุพพิกาลสิ่งของ ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น เป็นระยะที่สังเกตได้ง่าย และทำให้ญาติตัดสินใจพาผู้ป่วยมาการรักษา

3.3 ระยะหลงเหลือ (Residual Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบ และถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ระยะนี้อาการทางบวกจะน้อยลง แต่จะยังมีอาการทางลบ ซึ่งมีลักษณะคล้ายระยะเริ่มมีอาการ แต่ระยะนี้จะมีความเสื่อมทางด้านจิตใจและสังคมมากกว่า (WHO, 1992) เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา ไร้อารมณ์ แยกตนเองจากสังคม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ไม่สนใจดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของตนเอง บางรายอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ โดยอาการเปลี่ยนแปลงที่พบบ่อยก่อนเกิด

อาการ เช่น การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

แม้การดำเนินโรคจะมาถึงระยะสงบแล้วก็ตาม แต่ความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมบางอย่างยังหลงเหลืออยู่ และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัวก็ขาดยา เนื่องจากไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วย อับอาย หรือคิดว่าหายดีแล้ว ขาดผู้ดูแลแนะนำการรับประทานยา ตลอดจนยาบางชนิดออกฤทธิ์ข้างเคียงมาก หรือบางครั้งผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยาที่รักษา หรือไม่สะดวกในการรับประทานยาตามแผนการรักษา เช่น การลืม ที่อยู่อาศัยห่างจาก โรงพยาบาลไม่สามารถมารับยาอย่างต่อเนื่องได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเรื่องการให้ยาเป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครั้งแรกหลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะให้ยาถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป (มานิช หล่อตระกูล, 2539) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความขุ่นยากและสิ้นใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความอดทนน้อย อาจไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากจึงมักจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (American Psychiatric Association, 1994) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือนหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 (Fowler, 1992) และภายใน 2 ปี หลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 70 และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนาน ๆ ทำให้ระดับศักยภาพของตนลดลง (Quilan & Ohlund, 1995) ถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 1995) ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน พบว่าในอดีตมีผู้ป่วยจิตเภท ประมาณ 2 ใน 3 ต้องอยู่ในโรงพยาบาลตลอดชีวิต และในปัจจุบันถึงแม้ประสิทธิภาพของยาและเทคนิคการรักษาพยาบาลได้พัฒนาก้าวหน้ามากก็ตาม ยังมีผู้ป่วยจิตเภท 1 ใน 10 รายที่ยังคงต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลตลอดไป (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535)

จะเห็นได้ว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังนั้นเป็นภาระหนัก ผู้ป่วยส่วนมากเข้าออกโรงพยาบาลตลอดชีวิต และย่อมส่งผลกระทบต่อครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นผู้ที่ให้การประคับประคองผู้ป่วยจนกว่าผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ ที่กลับไปอยู่ในชุมชนแล้ว

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ผู้ป่วยส่วนมากเมื่อออกจากโรงพยาบาลยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ผู้ดูแลที่อยู่ในครอบครัวจึงต้องรับภาระการดูแลต่อจากโรงพยาบาล ซึ่งการดูแลดังกล่าวก็จะต้องยาวนานตามความเรื้อรังของโรค

1. ความหมายของผู้ดูแล

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน อาจเป็นได้ทั้งบุคคลเพียงคนเดียว เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ธิดา พี่น้อง เพื่อน เป็นต้น หรือเป็นกลุ่มบุคคล เช่น กลุ่มพี่น้อง กลุ่มเพื่อน ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ เป็นต้น (George, 1996)

2. ประเภทของผู้ดูแล

George (1996) แบ่งผู้ดูแลตามความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้รับการดูแลเป็น 2 ประเภทดังนี้

2.1 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว ธิดา พี่น้อง เป็นต้น โดยมุ่งเน้นเฉพาะการให้การดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

2.2 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น ลูกจ้างดูแล พยาบาล ทีมสุขภาพ องค์กรต่าง ๆ โดยอาจจะไม่รับหรือรับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลก็ได้ตามข้อตกลง

นอกจากนี้ Horowitz (1985) ได้จำแนกผู้ดูแลตามความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ดูแลหลัก (Major/ Primary Caregiver) หมายถึง ผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Give Direct Care) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น โดยผู้รับการดูแลเป็นบุคคลที่มีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ที่อาจเกิดจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ของผู้ป่วย ความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น หลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง ที่มีผลทำให้มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษา

2. ผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง และไม่ได้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อมีความจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของผู้ดูแลหลักในการดูแลเท่านั้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทหมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใด ๆ ไม่จำกัดระยะเวลาในการดูแล

3. ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

การที่บุคคลใดจะเป็นผู้ดูแล หรือบุคคลที่รับผิดชอบในการดูแลนั้น อาจขึ้นอยู่กับสาเหตุหรือปัจจัยของการเป็นผู้ดูแลหลายอย่าง (ซูซัน จีวพุฒผล, 2541) ได้แก่

3.1 บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบและวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมาอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่ครอบครัวมีหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และร่วมเผชิญเหตุการณ์ที่เป็นความเครียด (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) โดยเฉพาะเพศหญิงซึ่งเป็นเพศที่มีความอ่อนหวาน อ่อนโยน นุ่มนวล ก็จะได้รับการอบรมให้เป็นผู้ที่รับผิดชอบในการดูแลภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว รวมถึง การสั่งสอนให้บุตรต้องให้การดูแลบิดา มารดา ในยามแก่ชราหรือป่วยไข้ ซึ่งหากบุตรคนใดเพิกเฉยหรือละเลยหน้าที่ ก็จะได้รับ การตำหนิจากสังคมภายนอกได้

3.2 สัมพันธภาพ บุคคลที่มีความสัมพันธ์ดีกับผู้รับการช่วยเหลือ จะมีความเห็นใจ สงสารและห่วงใย ซึ่งมักจะกลายเป็นผู้ให้การดูแล

3.3 ศักยภาพของผู้ดูแล หรือความสามารถของผู้ดูแล ผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในตัวผู้รับความช่วยเหลือ หรือเข้าใจในโรคและการดูแลอย่างดี รวมทั้งมีประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้ป่วย เช่น บุตรเป็นแพทย์ หรือพยาบาล บุคคลนั้นก็มีแนวโน้มว่าจะเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากกว่าบุคคลอื่น ๆ

3.4 การยอมรับของผู้รับการช่วยเหลือ มีผู้รับการดูแลบางรายที่เลือกที่จะรับการดูแลจากสมาชิกหรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งเท่านั้นที่ตนสนใจ

3.5 เวลาและความสะดวกของผู้ดูแลที่จะสามารถให้การดูแลได้อย่างใกล้ชิด อาจขึ้นอยู่กับปัจจัยภายในของแต่ละบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส งานที่ทำประจำอยู่ ดังเช่น บุตรที่ทำงานอยู่ไกล และทำประจำทุกวัน ย่อมมีเวลาหรือความสะดวกในการดูแลน้อยกว่าบุตรที่ทำงานอยู่บ้าน หรือไม่ได้ทำงาน

3.6 ความจำเป็นทางเศรษฐกิจ บุคคลที่ไม่มีรายได้จากงานประจำ มักจะต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล เพื่อให้เกิดผลกระทบต่อยาได้ของครอบครัวให้น้อยที่สุด

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการพิจารณาผู้ที่จะรับบทบาทผู้ดูแล และน่าจะมีผลกระทบต่อการรับรู้ภาระในการดูแลด้วยเช่นกัน

ภาระการดูแล

1. ความหมายของภาระการดูแล

ตามพจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถาน (ราชบัณฑิตยสถาน, 2525) ให้ความหมายของคำว่า ภาระว่าเป็นงานที่หนัก หรือหน้าที่ที่ต้องรับเอา เป็นความไม่สมดุล ระหว่างความต้องการการดูแลของผู้รับการดูแลกับความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล หากผู้ป่วยต้องการการดูแลมาก แต่ผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้อย่างเพียงพอ และถ้าการดูแลนั้นต้องการทักษะการดูแล และความพยายามมากก็จะทำให้เกิดภาระ (Braithwaite, 1992; Reinhard, 1994)

George and Gwyther (1986) ให้ความหมายว่าเป็นความยากลำบาก หรือเป็นสิ่งรบกวนสุขภาพร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ สังคมของผู้ดูแล ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย ซึ่งคล้ายกับความหมายของ Platt (1985) ได้ให้ไว้ว่าเป็นปัญหา ความยากลำบากที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย หรือเหตุการณ์ที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย นอกจากนี้ภาระยังเป็นการรับรู้ถึงผลอันไม่พึงปรารถนาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติกรดูแลผู้ป่วย และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย (Poulshock & Demling, 1984) ภาระการดูแลนั้นเกิดขึ้นจากความต้องการ เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thompson et al. (1993) ที่กล่าวถึงภาระว่าเป็นการรับรู้ของผู้ดูแลที่มีต่องานการดูแลผู้ป่วยซึ่งจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับการประเมินสถานการณ์ในการดูแล หากผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแล และมีแหล่งประโยชน์ที่ช่วยเหลือมาก จะมีภาระน้อย แต่ถ้าผู้ดูแลประเมินว่าเกินความสามารถของตนเอง มีแหล่งสนับสนุนไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาระมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิปประพิน สุขเขียว (2543) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับการสนับสนุนทางสังคม

Brown (1967 cited in Platt, 1985) ให้ความหมายภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทว่า ภาระเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของ Provencher (1996) ที่ศึกษาเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้ให้ความหมายว่า ภาระเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ Pai and Kapur (1981) ซึ่งศึกษาถึงภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช กล่าวถึงภาระว่า นอกจากจะเป็นปัญหาแล้ว ยังเป็นความยุ่งยากที่เกิดขึ้นในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากงานและกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่สามารถประเมินได้ชัดเจนได้แก่ การรบกวนเวลาส่วนตัว การรบกวนด้านเศรษฐกิจรายได้หรือการพึ่งพาทางการเงิน การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวและผลกระทบที่มีต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแล ทำให้รู้สึกท้อแท้ วิตกกังวล

อารมณ์เสีย หรือขุ่นเคือง และรู้สึกถูกพื้งพา การที่ผู้ดูแลรับรู้ปัญหา ความยากลำบาก หรือสิ่งรบกวนต่อตนเองเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นภาระที่เกิดขึ้น

จากการทบทวนเกี่ยวกับความหมายของคำว่าภาระที่กล่าวมาข้างต้น จึงพอสรุปได้ว่าภาระจากการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การรับรู้และการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลต่อการทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ว่าเป็นปัญหา ความยุ่งยากหรือเป็นสิ่งที่รบกวนต่อตนเองในการดำเนินชีวิต ทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์ เศรษฐกิจ และสังคม

2. ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัวในขณะที่มีอาการเพียงแค่ทุเลา และผู้ป่วยจะมีความเสื่อมถอยของความสามารถด้านความคิด การตัดสินใจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถหายเป็นปกติ คือทุเลาอาการแบบไม่สมบูรณ์ (Incomplete Remission) ผู้ป่วยยังสามารถดำเนินชีวิตได้ในสังคม แต่จะมีอาการกำเริบเป็นบางครั้ง หรือยังมีอาการหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหลงผิดซึ่งไม่รุนแรงเหมือนขณะอาการกำเริบ เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตนเอง เป็นต้น (ธนู ชาติชนานนท์, 2537) การรับประทานยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อคงสภาพการรักษา และหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการจึงจำเป็น นอกจากนั้นยังจำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่ต้องคอยช่วยฟื้นฟูสภาพ การทำหน้าที่และควบคุมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ ซึ่งต้องร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมสุขภาพด้านจิตเวช ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ต้องทำหน้าที่ดูแลและจัดกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ป่วยในระยะเวลาที่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ และต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยบางกิจกรรม หรือแทบทั้งหมด ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการ ผลกระทบต่าง ๆ จึงเกิดขึ้นกับผู้ดูแล

Jones (1996) กล่าวถึงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ดูแลต้องทำได้แก่ การดูแลการแต่งกายของผู้ป่วยทั้งความสะอาด และความเหมาะสมกับกาลเทศะ การดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การดูแลสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เช่น สภาพที่อยู่อาศัย การจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน การดูแลด้านอาหาร การเดินทาง การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยหรือในครอบครัว ผู้ดูแลอาจต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำตามบทบาทเดิมของตนเองได้ เช่น การเลี้ยงดูบุตรที่อายุน้อย หรือการทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว จึงทำให้ความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง อันได้แก่ การดูแลส่วนบุคคลของตนเอง การดูแลตนเองด้านอาหาร การมีกิจกรรม/ พักผ่อน การทำงานในบ้าน การทำงานนอกบ้าน การทำงานอาชีพ การมีสัมพันธภาพหรือกิจกรรมร่วมกับสังคม และการจัดการด้านการเงินและธุระส่วนตัวจึงทำให้เกิดการรับรู้ภาระขึ้น (Orem, 1985)

อ้างอิงใน ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544) และจากการศึกษาของ Reinhard and Howitz (1995) ในผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา 86 คน พบว่า บทบาทผู้ดูแลกระทบต่อการทำกิจกรรมต่าง ๆ ร้อยละ 72 กระทบด้านงานบ้าน ร้อยละ 64 การพักผ่อนหย่อนใจ ร้อยละ 47 ตั้งเครียดด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 48 และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคมลดลงร้อยละ 43 จากผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมทางสังคมที่ลดลงไปกว่าก่อนที่จะรับบทบาทของผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคม น้อยลงด้วย ผู้ดูแลจะรู้สึกโดดเดี่ยว (Barnes et al., 1981; Chou et al., 1999) และหากผู้ดูแลขาดการสนับสนุนจะมีระดับของภาวะจากการดูแลสูงและอาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านร่างกาย อารมณ์ และอาการทางจิตเวช ตามมาได้ (Quinn et al., 1986)

จากการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช 10 ราย ของ May and Lund (1999) พบว่า การรับรู้ภาวะการดูแล เกิดจากการที่บทบาททางสังคมของผู้ดูแลถูกขัดขวาง และมีความตึงเครียดทางเศรษฐกิจจากการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Chou et al. (1999) และ Reinhard (1994) ที่พบว่าการเป็นผู้ดูแลมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ การทำงาน แบบแผนการดำเนินชีวิตใน ครอบครัว เกิดผลกระทบด้านเศรษฐกิจการเงิน ซึ่งผลกระทบเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด (Lawton et al., 1989) นอกจากนั้นความเครียดของผู้ดูแลยังเกิดขึ้นได้จากการที่ต้องจัดการกับ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ความรู้สึกหวาดกลัวอาการทางจิตที่ไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้า ได้ (Loukissa, 1995) ต้องเผชิญความรู้สึกเป็นตราบาปที่มีญาติเป็นผู้ป่วยทางจิต (Ip & Mackenzie, 1998) ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ จากความตึงเครียดที่ยาวนานผู้ดูแลหลายคนมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้อาเจียน เหน็ดเหนื่อย และอ่อนล้ากับการดูแล ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อความเครียดที่เกิดจากการดูแล

Thompson and Doll (1982) ศึกษาความคิดเห็นของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเวชในสหรัฐอเมริกา 125 คน พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนพวกเขากำลังแบกภาระที่หนักอึ้งถึงร้อยละ 72 มีความรู้สึกอับอาย เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 46 เหมือนติดอยู่ในกับดักร้อยละ 42 ขุ่นเคืองใจร้อยละ 40 มีความเดือดร้อนทางการเงินร้อยละ 38 ไม่มีเวลาเอาใจใส่สมาชิกคนอื่นในครอบครัวร้อยละ 30 สอดคล้องกับการศึกษาของ Provencher (1996) ที่ศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 70 ราย พบผลกระทบทางอารมณ์มากที่สุดคือร้อยละ 57 รองลงมาคือปัญหาสุขภาพกาย ร้อยละ 53 ครอบคลุมการ ประกอบอาชีพร้อยละ 36 เวลาส่วนตัวลดลงร้อยละ 34 และมีปัญหาเศรษฐกิจร้อยละ 31 ส่วนผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว พบว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้สัมพันธ์ภาพในครอบครัวตึงเครียดถึง ร้อยละ 74 และร้อยละ 52 ประเมินว่าก่อให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตประจำวัน

Pai and Kapur (1981) ศึกษาภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในประเทศอินเดีย โดยใช้ การสัมภาษณ์แบบ Semi- Structure Interview โดยสัมภาษณ์จากญาติผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่

แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 24 คน จากนั้นนำมาสร้างเป็นแบบวัดภาระครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 25 ข้อ แบบวัดนี้แบ่งภาระเป็น 2 ด้านคือ ภาระที่มีอยู่จริง (Objective Burden) เป็นความยุ่งยาก หรือ ปัญหาที่เกิดจากงานหรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ที่สามารถวัดและประเมิน ได้อย่างชัดเจน 24 ข้อ และภาระตามความรู้สึก (Subjective Burden) เป็นความรู้สึกที่ผู้ดูแลมีต่อการดูแลผู้ป่วย 1 ข้อ และแบ่งภาระเป็น 6 ด้าน ตามผลกระทบที่เกิดขึ้น ได้แก่ 1) ด้านเศรษฐกิจการเงิน 2) ด้านการรบกวนต่อกิจวัตรประจำวันของครอบครัว 3) การรบกวนเวลาและควมมีอิสระของผู้ดูแล 4) การรบกวนปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว 5) ผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย และ 6) ผลกระทบด้านจิตใจ

Martyns-Yellowe (1992) ได้นำแบบวัดของ Pai and Kapur (1981) มาดัดแปลงในการศึกษาถึงภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรียจำนวน 44 คน พบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวันมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และพบว่า ภาระมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Salleh (1994) ที่ได้นำแบบวัดของ Pai and Kapur (1981) มาดัดแปลงในการศึกษาภาระของผู้ดูแลในมาเลเซียพบว่าภาระเชิงประนัยมีความสัมพันธ์ทางบวกสูงกับความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) Reinhard (1994) ศึกษาภาระของผู้ดูแลจำนวน 94 คนซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลมีภาระเชิงประนัยมากที่สุดคือ ความเป็นส่วนตัวลดลงร้อยละ 48 มีความขัดแย้งในครอบครัวร้อยละ 45 และมีผลกระทบกับกิจวัตรประจำวันร้อยละ 43 ด้านภาระเชิงอัตนัยพบว่า ผู้ดูแลวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคต ร้อยละ 87 รู้สึกสูญเสีย ร้อยละ 54 รู้สึกเป็นตราบาปร้อยละ 45 และเหมือนติดกับดักร้อยละ 40

รัชนีกร อุปเสน (2541) สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 คน เกี่ยวกับบทบาทและภาระ ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีภาระด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือ การพักผ่อนและผลต่อสุขภาพตามลำดับ พัชรี คำธิตา (2546) ได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในด้านการดำเนินชีวิตส่วนตัว เกิดการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการและสุขนิสัยในการรับประทานอาหาร เช่นรับประทานอาหารมากกว่าเดิม หรือเมื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลง บางรายมีอาการของโรคกระเพาะอาหาร เช่น ปวดท้อง บางรายนอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อย ไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง จนสุขภาพเสื่อมโทรม และ สัมพันธภาพทางสังคมลดลง ส่วนด้านจิตใจ ผู้ดูแลรู้สึกเครียด ลำบากใจ ร้องไห้บ่อยๆ หมดกำลังใจ รู้สึกอับอาย และท้อแท้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ดูแล ร้องไห้บ่อย และหมดกำลังใจ

ที่ปประพิน สุขเจียว (2543) ที่ได้นำแบบวัดของ Pai and Kapur (1981) มาดัดแปลงในการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยได้เพิ่มข้อคำถามอีก 3 ข้อสำหรับภาระตามความรู้สึก เพื่อให้มีความละเอียดและครอบคลุมมากขึ้นในการวัดภาระตามความรู้สึก โดยแบ่งภาระเป็น 6 ด้าน ตามแบบวัดของ Pai and Kapur พบว่าการดูแลการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเท่ากับ 38.78 ซึ่งอยู่ในระดับที่ไม่เป็นภาระ และมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระ

จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า จากการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ เกิดความเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตและเสียสมดุลไป และผู้ดูแลรับรู้ว่าสิ่งเหล่านี้คือภาระที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย และปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาเข้าในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลของผู้ดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเกี่ยวข้องกับการดูแล มีดังนี้ อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลที่แตกต่างกัน จะมีการรับรู้ภาระที่แตกต่างกัน (Cook et al., 1994; Lefley, 1987) ดังการศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 15 คน ซึ่งเป็นมารดาอายุระหว่าง 45-62 ปี ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามารดาที่มีอายุน้อยมีภาระมากกว่ามารดาที่มีอายุมากกว่า (Greenberg et al., 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้ประสบการณ์ในการแก้ไขและเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า เพราะความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคลจะพัฒนาขึ้นจนก่อนข้างถาวรเมื่ออายุ 30 ปี (Antonovsky, 1987) จึงทำให้มีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุพบว่า อายุสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากภาระจะน้อย (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่าอายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกกับการดูแล อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของ Scazuza and Kuiper (1999) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ และภาระการดูแลของญาติผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 50 พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Salleh (1994) ที่ศึกษาภาระการดูแลกับความลำบากในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท 210 คน ในประเทศมาเลเซีย พบว่าอายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาของ Scazuza and Kuiper (1999) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย และการศึกษาของ Salleh (1994) กำหนดช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างเพียงแค่วัย 40-59 ปี เท่านั้น

เพศ เพศหญิงจะถูกรับมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังในการช่วยเหลือสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทตามธรรมชาติของเพศหญิง ส่วนเพศชายเป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (วิลเลียมส์ ภูวราวุฒินิช, 2537) และจากการศึกษาของ Cook et al. (1994) พบว่า เพศหญิงจะได้รับอิทธิพลจากบทบาทผู้ดูแลหลักตั้งแต่วัยเด็ก ทำให้มีการลงทุนทางอารมณ์สูงในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล จึงพบความเครียดทางอารมณ์ ความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย และจากความเชื่อ ทศนคติ และธรรมชาติของเพศที่ต่างกันเช่นนี้จะมีผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ ตลอดจนมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ภาระการดูแลจะสูงกว่าเพศชาย (Noh & Turner, 1987) อย่างไรก็ตามมีผลการศึกษาที่ขัดแย้งโดยพบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล (Scazuza & Kuiper, 1999) สอดคล้องกับ Reinhard and Harwitz (1995) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายภาระการดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 163 รายพบว่า เพศไม่ใช่ตัวทำนายภาระของผู้ดูแล

สถานภาพสมรส ผู้ดูแลที่มีคู่สมรส จะมีการช่วยเหลือค้ำจุนกันมาก สามารถลดความเครียดต่าง ๆ ได้ ส่งเสริมให้มีการรับรู้ต่อภาระลดลง แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างคู่สมรสด้วย หากคู่สมรสเจ็บป่วยและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมาก่อน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่น เต็มใจให้การดูแลมากกว่า (วิลเลียมส์ ภูวราวุฒินิช, 2537) ส่วนผู้ดูแลที่โสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ จะเกิดความเครียดได้ง่าย อาจส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลมีมากกว่ากลุ่มแรก (Warkeit, 1987 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำ และรู้จักแสวงหาการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ได้ดีกว่าด้วย ดังคำกล่าวของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเรื่องของสุขภาพมากขึ้น และนำความรู้รวมทั้งทักษะที่ได้มาใช้ในการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า ทำให้ปรับกิจกรรมการดูแลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการศึกษาของผู้ดูแลจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาระ ดังในงานวิจัยของ Greenberg et al. (1993) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาจำนวน 81 คน พบว่าการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ที่พบว่าการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล

รายได้ รายได้ของผู้ดูแล และครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย และภาระจากการดูแล เพราะในการดูแลจะต้องมีการใช้จ่ายค่ารักษา ค่าเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้จากการไม่มีอาชีพ ภาระจึงตกอยู่กับผู้ดูแลและครอบครัว ครอบครัวและผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่า (ขนาน หัสศิริ, 2537) การศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่ารายได้มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการดูแล Martyns-Yellowe (1992) ได้ศึกษาเปรียบเทียบภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่เขตเมืองกับชนบท ของประเทศไนจีเรียพบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่เขตชนบทมีภาระการดูแลสูงกว่าเขตเมือง เนื่องจากเศรษฐกิจต่างกัน ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมีการศึกษาสูงเศรษฐกิจดีกว่า นอกจากนั้น Montgomery, Gonyea, and Hooyman (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันทางลบ เช่นเดียวกับ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วย 2 เดือน รายได้ของครอบครัวสามารถทำนายภาระได้ ซึ่งจากการวิจัยดังกล่าวมาอธิบายว่า ถ้าผู้ดูแลมีรายได้สูง จะรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อย

อย่างไรก็ตามในทางตรงกันข้าม Salleh (1994) ศึกษาภาระการดูแลกับความลำบากในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท 210 คน ในประเทศมาเลเซีย พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษามีเฉพาะผู้มีรายได้ต่ำเท่านั้น

2. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

รายได้ รายได้ของผู้ป่วยอาจเป็นรายได้จากการที่เคยประกอบอาชีพเดิมก่อนการเจ็บป่วย หรือภายหลังการเจ็บป่วยที่อาการดีขึ้น สามารถควบคุมอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ และรายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย และภาระจากการดูแล เพราะในการดูแลจะต้องมีการใช้จ่ายค่ารักษา ค่าเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้จากการไม่มีอาชีพ ภาระจึงตกอยู่กับผู้ดูแลและครอบครัว ครอบครัวและผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่า (ขนาน หัสศิริ, 2537) การศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วย 2 เดือน รายได้ของครอบครัวสามารถทำนายภาระได้ ซึ่งจากการวิจัยดังกล่าวมา อธิบายว่า ถ้าผู้ป่วยมีรายได้สูง จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อย ดังนั้น รายได้ของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่ถูกคาดหวังว่า จะต้องเป็นแหล่งความช่วยเหลือที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เนื่องจากความผูกพันต่อกัน ความใกล้ชิด และเป็นหน้าที่ของครอบครัวที่ต้องดูแลและเกื้อหนุน สมาชิกครอบครัวที่เจ็บป่วยให้มีสุขภาพดีขึ้นโดยเร็วที่สุด โดยเฉพาะในสังคม วัฒนธรรมของไทย แต่บทบาทของผู้ดูแลที่มีต่อบุคคลในครอบครัวแตกต่างกัน ทำให้ความรับผิดชอบของผู้ดูแลแต่ละคนแตกต่างกันไปด้วย จึงส่งผลต่อภาระในการดูแล (Cook et al., 1994; Lefley, 1987) จากการศึกษา ลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรัฐโอไฮโอพบว่า ผู้ปกครองผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแลร้อยละ 40 รองลงมาเป็นกลุ่มสมรสของผู้ป่วย มีภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา หรือพี่น้องของผู้ป่วย (Thompson & Doll, 1982) สอดคล้องกับ Davis (1992) ที่พบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย มักเป็นมารดา ภรรยา รองลงมาคือบุตรสาว พี่และน้อง ในขณะที่บิดา สามี และบุตรชาย จะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน Chesla (1991, cited in Provencher, 1996) กล่าวว่า มารดาจะรับรู้การดูแลบุตรที่ป่วยว่าเป็นเรื่องปกติ เพราะเป็นบทบาทของมารดาที่ต้องดูแลบุตร ในขณะที่บิดารู้สึกทางลบกับการต้องดูแลบุตรที่ป่วย ซึ่งอาจทำให้บิดารับรู้ว่าเป็นภาระมากกว่ามารดา

4. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล จากการศึกษาของ Doornbos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุปว่า ครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อน หย่อนใจก็น้อยลง ผู้ดูแลหลายคนจะมีสุขภาพแย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ และระบบทางเดินอาหารจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานาน (Rolland, 1994) และผู้ดูแลส่วนใหญ่สามารถรับรู้ความรู้สึกว่าเป็นภาระ หลังจากให้การดูแล หรือหลังถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล ตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป (Burdz & Brody, 1988 cited in Marcia, 1992; Winefield & Harvey, 1993 cited in Lauber, 2003)

5. ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรคเพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่น ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะให้ยาถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและฝืนใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมี ความอดทนน้อย อาจไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) ผู้ป่วยจิตเภท ส่วนมากจึงมักจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (American Psychiatric Association, 1994) ที่มีความเสี่ยง ต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือน หลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 (Fowler, 1992) และภายใน 2 ปี หลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 70

(Frisch & Frisch, 1998) และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนาน ๆ จะทำให้ศักยภาพลดลง (Quilan & Ohlund, 1995) ถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 1995) ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมักจะมีคุณสมบัติของความสามารถในทุก ๆ ด้านรวมทั้งการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและการดูแลที่มากขึ้น เพราะเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะเข้ามาดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่องในความสามารถในการดูแลตนเอง (บุญวาทิ เพชรรัตน์ และเขาวานา สุวักขณ์, 2547)

6. จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานเกี่ยวข้องกับการรักษาไม่ต่อเนื่องและการกลับเป็นซ้ำ ทำให้จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการที่กำเริบได้ และจากการศึกษาของประเทศมาเลเซีย เกี่ยวกับปัจจัยบางประการกับภาระของครอบครัวพบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาระการดูแล (Salleh, 1994)

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับภาระการดูแลที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า มีผลการศึกษาทั้งสนับสนุนและขัดแย้งผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยดังกล่าวเพื่อยืนยันถึงความสัมพันธ์กับภาระการดูแล

7. การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived Severity of Illness)

ความหมายของการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค

การรับรู้ (Perception) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการทำความเข้าใจในความเป็นจริงของซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น (Wehmeier, 2000) การรับรู้ของบุคคลเป็นสรรพสิ่ง และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และดำรงอยู่ แสดงออกเป็นความคิด ความเชื่อ ส่วนบุคคล สภาพทางจิตวิทยา และเป็นความสนใจของบุคคลในการเลือกที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสิ่งแวดล้อม ซึ่งบุคคลแต่ละคนจะมีการรับรู้ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยสิ่งแวดล้อม ความรู้สึก และประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต (King, 1981) ส่วนการเจ็บป่วยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นกับมนุษย์ทุกคน เป็นประสบการณ์ชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจึงเป็นความคิด และความเชื่อของบุคคลที่เกี่ยวกับอันตรายของการเจ็บป่วย ซึ่งมีผู้ให้ความหมายการรับรู้ความรุนแรงของโรคไว้ดังนี้

Almeida (1996) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความคิด ความเข้าใจเกี่ยวกับระดับความมากน้อยของความทุกข์ทรมาน และความยากลำบากในการดำเนินชีวิต อันสืบเนื่องมาจากโรคหรือความผิดปกติ

Timmerch (1997) กล่าวว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค เป็นความเข้าใจและความเชื่อของความเลวร้ายในสถานการณ์ที่ปรากฏขึ้นจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บ ซึ่งเป็นเรื่องที่ซับซ้อน มีผลต่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย

สำหรับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้น มีการกล่าวถึงน้อยมาก ภักธอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ได้ให้ความหมายว่า เป็นการรับรู้ต่อความถี่ของการเกิดอาการ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและการเสื่อมถอยความสามารถของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท การรับรู้ดังกล่าวมีผลกระทบต่อผู้ดูแลในการรับรู้การดูแล

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ต่อความรุนแรงของโรคกับการดูแล

มีการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคกับการดูแล ดังนี้

Thompson and Doll (1982) ศึกษาเปรียบเทียบผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง กับไม่รุนแรง พบว่ามีผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงมีการรับรู้การดูแลอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง

Noh and Turner (1987) กล่าวว่า iva ความยุ่งยากจากพฤติกรรมของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การะเชิงอรรถของผู้ดูแล

Hoenig and Hamilton (1996 อ้างถึงใน ยาใจ สิริมงคล, 2539) ที่สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 62 คน ในประเทศอังกฤษ พบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ก่อความเดือดร้อน ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร รุกล้ำความเป็นส่วนตัวของผู้อื่น แยกตนเอง และพฤติกรรมที่ผิดปกติ และพฤติกรรมที่น่ากลัวหรือแปลกประหลาดของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่บ่งชี้การะของผู้ดูแล (Fadden, Bebbington, & Kuipers, 1987; Maurin & Boyd, 1990) พฤติกรรมที่รุนแรงไม่สามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ผู้ดูแลมีการะ ดังในการศึกษาที่ประเทศอินเดีย ที่ศึกษาเปรียบเทียบการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ได้แก่ อาการไม่สนใจดูแลตนเอง เฉยชา ไม่ค่อยพูด กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน มีท่าทางแปลก ๆ ก้าวร้าว พบว่าระดับคะแนนการะไม่ต่างกันมากในช่วงที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งแรก แต่เมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจอีกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชนิดที่มีอาการทางบวกมีคะแนนการะที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Raj, Kulhara, & Avasthi, 1991) ระดับความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะเป็นตัวทำนายการะของผู้ดูแลได้ (Tessler, Killian, & Gubman, 1987) ดังนั้นหากอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยคงที่และไม่รบกวนต่อผู้อื่นจะทำให้ผู้ดูแลมีการะน้อย (Song,

Biege, & Milligan, 1997) เนื่องจากผู้ดูแลสามารถวางแผนการดูแลได้ นอกจากนี้หากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาประกอบด้วยหลายอาการ และเกิดขึ้นบ่อยจะทำให้ผู้ดูแลเป็นภาระมาก (Salleh, 1994) และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการกำเริบ (Jones, 1996; Lauber, 2003)

Grade and Sainbury (1963) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยในสมาชิกครอบครัว จำนวน 410 ราย ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พบว่า ผู้ดูแลรับรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ได้แก่ การบ่นเกี่ยวกับอาการทางกาย (38%) เสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น (34%) พฤติกรรมแปลก ๆ (27%) ไม่ร่วมมือ (26%) อยู่ไม่นิ่ง พุดมาก (23%) สร้างปัญหาในช่วงกลางคืน (21%) พฤติกรรมน่ารังเกียจ หยาดคายและนํายาย (8%) และมีปัญหากับเพื่อนบ้าน (7%) ส่วนอาการที่สร้างปัญหาให้กับครอบครัวที่ทำให้รับรู้ภาระการดูแลระดับรุนแรงได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน สับสน และไม่สามารถดูแลตนเองได้

Reinhard (1994) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนที่ผู้ดูแลได้รับจากทีมสุขภาพ อานาการควบคุม ภาระการดูแล และความรู้สึกลึกซึ้งของผู้ดูแล 94 คน ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง พบว่าพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Salleh (1994) ที่ศึกษาภาระการดูแลกับความลำบากในผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเวช 210 คน ในประเทศมาเลเซีย พบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

Hatfield, Coursey, and Slaughter (1994) ศึกษาถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาสำหรับสมาชิกในครอบครัว พบว่า พฤติกรรมเสื่อมถอยเช่น ขาดแรงจูงใจ แบบแผนการรับประทานอาหาร และการนอนเสียไปถูกพิจารณาว่ารบกวนกว่าพฤติกรรมก้าวร้าว รุกราน เช่น พฤติกรรมรุนแรงหรือเสพสารเสพติด อาการที่รุนแรงของผู้ป่วยทำให้มีภาระการดูแลมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ Biegel, Milligan, Putnam, and Song (1994) ที่หาปัจจัยการทำนายภาระการดูแล ของผู้ดูแลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ 103 คน ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง พบว่า มีเพียงปัจจัยเดียวใน 20 ปัจจัยที่ทำนายภาระการดูแลคือ ความถี่ของการเกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา และมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล สอดคล้องกับ Song, Biegel, and Milligan (1997) ที่รายงานว่าระดับของพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับภาระและระดับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลของตัวแปร อายุ เพศ การศึกษา รายได้ แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความเข้มแข็งในการมองโลก และภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 566 คน โดยแบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรค สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์เชิงลึก

(In-Dept Interview) ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 15 คน และผู้ป่วยจิตเภท 5 คน และใช้แบบวัดที่สร้างขึ้น เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อชนิดของพฤติกรรม และอาการที่เป็นปัญหาและความถี่ของการเกิด พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อความเข้มแข็งในการมองโลก และมีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อการดูแล

จากการศึกษาต่าง ๆ ข้างต้นบ่งชี้ว่า อาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท มีผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแล ทำให้รับรู้ว่าเป็นความยุ่งยากและเป็นภาระ (Saunders, 2003) จึงจำเป็นที่บุคลากรพยาบาลโดยเฉพาะด้านจิตเวชต้องให้ความสนใจกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพราะมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลที่จะเกิดขึ้น เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมจากฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องในทุกมิติ เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับพฤติกรรม อาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ ลดภาระการดูแล และทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบวัดการรับรู้พฤติกรรมและอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่พัฒนาโดย ภัทรอำไพ พพัฒนานนท์ (2544) เป็นแบบวัดที่ใช้วัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง

8. ความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ความสำคัญของความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ความต้องการเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิต เป็นเรื่องความรู้สึภายใน และได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ กล่าวได้ว่า ความต้องการเป็นศูนย์รวมของปัจจัยต่าง ๆ โดยผ่านจิตใจให้สั่งการออกมา ความต้องการจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลขาดความสมดุล จึงพยายามแสวงหาทางตอบสนองความต้องการของตนให้คืนความสมดุลกลับมา ถ้าบุคคลไม่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ร่างกายและจิตใจจะเกิดความเครียด ไม่เป็นสุข (สุชา จันทรโธม, 2538) แต่ถ้าความต้องการนั้นได้รับการตอบสนอง บุคคลอาจลดความเครียด ความวิตกกังวล และสามารถทำหน้าที่ต่อไปได้

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้สนับสนุนหลักในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคม ไม่กลับเป็นซ้ำ ผู้ดูแลจึงต้องแบกรับภาระการดูแลที่เกิดขึ้น จนกว่าผู้ป่วยจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้เอง ในขณะเดียวกันผู้ดูแลยังต้องทำหน้าที่ตามบทบาทของตนในครอบครัวและสังคม ซึ่งเป็นความต้องการการดูแลตนเองอันได้แก่

1) ความต้องการดูแลตนเอง 2) อาหาร 3) การมีกิจกรรม/ พักผ่อน 4) การทำงานในบ้าน 5) การทำงานนอกบ้าน 6) การทำงานอาชีพ 7) การมีสัมพันธภาพ หรือกิจกรรมร่วมกับสังคม 8) การจัดการด้านการเงินและธุระส่วนตัว (Orem, 1995 อ้างถึงใน ภัทรอำไพ พพัฒนานนท์, 2544) และภาระการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้การดูแล เกิดขึ้นได้จากการที่ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ดูแล

ไม่ได้รับการตอบสนอง เนื่องจากความสามารถในการตอบสนองความต้องการจะลดลงจากการที่ต้องทำบทบาทเป็นผู้ดูแล ดังนั้นความต้องการของผู้ดูแลจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแล โดยเฉพาะความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย แต่ผู้ดูแลเหล่านี้ยังไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการในการดูแลผู้ป่วย มีความยากลำบากในการเข้าถึงระบบบริการ ขาดความรู้และการติดตามผล ขาดการสนับสนุนจากทีมสุขภาพ ให้มีความสามารถในการจัดการกับภาวะวิกฤติที่เกิดขึ้น แต่หากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลและด้านอื่น ๆ ก็จะช่วยลดภาระการดูแลและทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของทีปประพิน สุขเขียว (2543) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 120 คน พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ภาระการดูแลในระดับ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพอื่น ๆ จะต้องคำนึงถึงความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยเฉพาะด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแลให้ดีขึ้นได้ (Macpherson et al., 1996; Oldridge & Hughes, 1992) เพื่อให้สามารถแสดงบทบาทที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเต็มศักยภาพ ดังนั้นการศึกษาถึงความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลเพื่อวางแผนให้การสนับสนุนบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นและสำคัญ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

การศึกษาความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลในชุมชนยังมีจำนวนน้อย ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (McCubbin & McCubbin, 1993 cited in Wai-Tong & Ian, 2003) และศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ (Sullwold & Herrlich, 1992) พยาบาลในสหรัฐอเมริกายังประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ไม่ตรง จึงทำให้อาจมีผลต่อการยอมรับในความต้องการของผู้ดูแล และการให้การดูแลที่ตรงกับความต้องการ อันจะเกิดประโยชน์สูงสุด (Mueser et al., 1992) แต่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชจึงยังคงได้รับการตอบสนองความต้องการ โดยทีมสุขภาพในระดับต่ำ (Farrell, 1991) จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังรายละเอียดต่อไปนี้

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงเจริญ (2538) ได้ศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือ และการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือขึ้นเอง จากการทบทวนวรรณกรรมรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดการมีส่วนร่วมในการรักษา ลักษณะแบบสอบถามเป็นข้อคำถามที่มี

ทั้งให้เลือกตอบ และเป็นข้อคำถามปลายเปิด ใช้ประเมินผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการ ในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วย ใน ที่ตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย โรงพยาบาลขอนแก่น ลักษณะของแบบประเมินนี้เป็นการประเมินที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลผู้ป่วยขณะที่รับการรักษาในโรงพยาบาล และการเตรียมตัวของญาติสำหรับการรับผู้ป่วยกลับบ้าน มีทั้งหมด 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการให้ โรงพยาบาลดูแลผู้ป่วย 2) การเตรียมตัวรับผู้ป่วยกลับบ้าน 3) การวางแผนการรับผู้ป่วยกลับบ้าน 4) การช่วยเหลือที่ญาติต้องการ ได้รับจากโรงพยาบาล 5) ปัญหาที่ญาติรับรู้เมื่อมีผู้ป่วยอยู่ในครอบครัว 6) ความรู้สึกและความคิดเห็นของญาติ 7) ความเชื่อเกี่ยวกับรักษา ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 71.30 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ไม่สามารถจัดการเมื่อผู้ป่วยมีอาการ พุดมาก เดินไปเดินมา ร้อยละ 73.15 ไม่สามารถจัดการกับอาการก้าวร้าว ร้อยละ 65.74 ไม่สามารถจัดการกับอาการซึมเศร้า ไม่อยากมีชีวิต ร้อยละ 60.19 ไม่สามารถจัดการอาการนอนไม่หลับ ร้อยละ 99.07 คาดว่าจะมีอุปสรรคถ้าต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 87.96 ญาติต้องการให้เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาล หรือสาธารณสุขติดตามเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 38.84 ต้องการได้รับความรู้โดยการสอน และร้อยละ 18.18 ต้องการให้เจ้าหน้าที่ให้ความรู้แก่เพื่อนบ้านให้มีทัศนคติที่ดี จากผลการศึกษา ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าญาติผู้ป่วยต้องการการเตรียมตัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อจากโรงพยาบาล แต่การศึกษานี้ยังไม่สามารถระบุความต้องการที่ชัดเจนและไม่ครอบคลุมถึงด้านทักษะ ในการดูแลผู้ป่วยขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในการดูแลที่บ้าน

ยาใจ สิทธิมงคล (2539) ได้รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และสรุปไว้ว่าครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการ 3 ด้านดังนี้ 1) ต้องการได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยและการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวันที่เกิดจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 2) ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย ความเคารพในความเป็นบุคคลของครอบครัวรวมทั้งเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยและ 3) ต้องการความเชื่อถือและไว้วางใจกันระหว่างผู้รักษาและครอบครัวอย่างไรก็ตามความต้องการที่รวบรวมได้ยังไม่ครอบคลุมด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สถิต วงศ์สุรประภิต (2542) ได้ศึกษาถึงความต้องการการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กรอบแนวคิดทางการตลาดของ McCarthy and Perreault (1984) มาสำรวจความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีความต้องการดังนี้ 1) ด้านการบริการ ครอบครัวมีความต้องการได้รับความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค และการฝึกปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย การฝึกการสังเกตผลข้างเคียง หรือภาวะแทรกซ้อนจากยาและการช่วยเหลือเบื้องต้น และมีการฝึกการเฝ้าระวังและสังเกตอาการกำเริบซ้ำ ต้องการการช่วยเหลือคลายความเครียดของญาติและต้องการการปรึกษาปัญหาด้านจิตใจของญาติ ในระดับมาก 2) ด้านแหล่ง

บริการและวิธีใช้บริการ พบว่า ครอบครัวต้องการบริการการปรึกษาทางโทรศัพท์ตลอด 24 ชั่วโมง เมื่อเกิดปัญหาวิกฤต 3) ด้านการสนับสนุนค่าใช้จ่าย ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องการให้รัฐรับผิดชอบค่าใช้จ่ายทั้งหมด 4) ด้านส่งเสริมการบริการ และการใช้บริการเสริม ครอบครัวต้องการบริการตรวจสุขภาพจิตในกิจกรรมชุมชนต่างๆ และการให้ความรู้ทางสุขภาพจิต ทางวิทยุ และโทรทัศน์ จากผลการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่า ผลการวิจัยไม่ได้ครอบคลุมถึงความต้องการที่มุ่งสู่ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามพยาธิสภาพของโรคโดยตรง แต่จะมุ่งเน้นการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่าย และองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็นเท่านั้น

Winefield and Harvey (1993) ได้ศึกษาความต้องการของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่าผู้ดูแลต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรับรู้ข่าวสารต่าง ๆ และการช่วยเหลือจากผู้รักษา และการพึ่งพาอาศัยผู้อื่น จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับเกิดความเชื่อมั่นและภาคภูมิใจในตนเอง ถึงแม้จะเป็นการศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การศึกษานี้ยังมุ่งเน้นในเรื่ององค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรค ซึ่งยังไม่ครอบคลุมทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

Bartol, Moon and Linto (1994) ได้ทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของครอบครัวผู้ป่วย จิตเวช และสรุปว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีความต้องการในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- 1) ความต้องการที่จะฝึกทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ความรู้และการให้ยา และพร้อมที่จะจัดการกับเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ ผู้ดูแลจะต้องจัดการกับอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หรืออารมณ์ที่เหนือความคาดหมายของผู้ป่วย พฤติกรรมที่สังคมไม่พึงปรารถนา หรือพฤติกรรมที่ทำให้อับอาย และอาการที่เกิดขึ้นอย่างกะทันหัน ทำให้ตื่นตระหนก
- 2) ผู้ดูแลและครอบครัวมีความต้องการความรู้และข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและวิธีการรักษา ต้องการรับรู้ความจริง และข้อมูลที่เปิดเผยอย่างตรงไปตรงมาเกี่ยวกับวินิจฉัยโรค การรักษาโดยการให้ยา แผนการรักษา และพยากรณ์โรค
- 3) ความต้องการมีส่วนร่วมในแผนการดูแล โดยครอบครัว ผู้ให้การดูแลผู้ป่วย เชื่อว่าประสบการณ์ของพวกเขาต่อการเจ็บป่วย ของสมาชิกมีค่ามากต่อบุคลากรวิชาชีพ แต่ขณะเดียวกันพวกเขากลับถูกขัดขวางและปิดกั้นโอกาสที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดังกล่าว นอกจากนี้ข้อมูลที่เขาได้แลกเปลี่ยนไปแล้วไม่ได้รับความสนใจ ทำให้เกิดความรู้สึกคับข้องใจที่ไม่ได้โอกาสในการร่วมให้ข้อมูล หรือได้รับข้อมูลจากบุคลากร ซึ่งครอบครัวผู้ป่วยต้องการเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา และมีการติดต่อสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ
- 4) ความต้องการสนับสนุนประคับประคองจากกลุ่ม (Support Group) กลุ่มประคับประคองสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท เป็นสิ่งที่จำเป็นเพราะทำให้สมาชิกได้เปิดเผยความรู้สึก ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้วิธีการจัดการปัญหา ตลอดจนการบำบัดระยะสั้น (Short Term Therapy) อาจเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะนำมาใช้เพื่อแก้ไขความรู้สึกอาย

ต่อสังคม และการกล่าวโทษความเจ็บป่วย ยิ่งไปกว่านั้นครอบครัวผู้ป่วยยังต้องการ โอกาสในการผ่อนคลาย เพื่อจะช่วยลดความคับข้องใจในผู้ดูแลหลัก และช่วยแบ่งเบาให้ความต้องการได้รับการตอบสนอง จะเห็นได้ว่าความต้องการทั้ง 4 ด้าน ดังกล่าวข้างต้นที่ Bartol et al. (1994) ได้รวบรวมขึ้น ครอบคลุมสิ่งที่จำเป็นในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มากที่สุด

ภัทราภรณ์ พุ่งคำปัน, พัทรี คำธิดา, ภัทราจิตต์ ศักดา และสุรภา ทองรินทร์ (2545 อ้างถึงใน พัทรี คำธิดา, 2546) ได้ใช้ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาของ Bartol et al. (1994) มาเป็นกรอบแนวคิดในการสร้างเป็นเครื่องมือประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยสุรภา ทองรินทร์ (2546) ได้นำมาใช้ในการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาหรือมารับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 271 คน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณารายด้านได้แก่ ด้านการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และด้านการสนับสนุนระดับประจักษ์พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการรายด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ส่วนภัทราจิตต์ ศักดา (2546) ได้ใช้เครื่องมือเดียวกันศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 170 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 54.12 มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาความต้องการรายด้าน พบว่า ความต้องการด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร และด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.59 และ 51.76 ด้านการสนับสนุนระดับประจักษ์อยู่ในระดับปานกลางถึงมาก ร้อยละ 42.35 และ 41.77 ตามลำดับ ส่วนด้านการฝึกทักษะในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.18 และพัทรี คำธิดา (2546) ได้ใช้เครื่องมือเดียวกัน ศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลแม่ทา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 50 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 58.18 มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาความต้องการรายด้าน พบว่าความต้องการด้านความรู้ ข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70 ความต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ความต้องการด้านการฝึกทักษะในการดูแล และความต้องการด้านการสนับสนุนระดับประจักษ์ อยู่ในระดับปานกลาง โดยคิดเป็นร้อยละ 62.56, 49.78 และ 56.12 ตามลำดับ

จากวรรณกรรมที่ศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าวเป็นการศึกษาที่มุ่งสู่การดูแลผู้ป่วยโดยตรง และจะยังไม่สามารถนำผลการวิจัยจากพื้นที่ที่วิจัยต่างกันมาเป็นตัวแทนในการศึกษาในภาคตะวันออก แต่อย่างไรก็ตามยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการ กับภาระการดูแล แต่จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงมีสมมติฐานว่า

น่าจะมีความสัมพันธ์ อีกทั้งยังไม่พบการวิจัยที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ
 ภาระการดูแล ในส่วนปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล
 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาล้างใน
 โรงพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการของผู้ดูแล กับภาระการดูแลของผู้
 ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเลย ผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษาเพื่อจะให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของทั้ง ปัจจัยที่
 เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลดังกล่าว กับภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำผลการศึกษามา
 ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ หรือโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สำหรับการปฏิบัติ
 การพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ให้สอดคล้องกับนโยบายการสร้าง
 สุขภาพเชิงรุกโดยมุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลอย่างตรงประเด็น เพื่อการลดภาระ
 การดูแลและเสริมสร้างความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย
 และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ตลอดจนเป็นแนวทางในการจัดการศึกษาพยาบาล และ
 การวิจัยในเชิงลึกต่อไป