

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท กับภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาส่งผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรีจำนวน 111 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท 2) แบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแล 3) แบบวัดการรับรู้ความรุนแรงของโรคของภรรยา พิพัฒนานนท์ (2544) 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ภรรยาภรณ์ พงษ์ปิ่นคำ, พัทรี คำธิตา, ภรรยาจิตต์ ศักดา และสุรภา ทองรินทร์ (2545 อ้างถึงใน พัทรี คำธิตา, 2546) 5) แบบวัดภาระของผู้ดูแลของทีปประพิน สุขเขียว (2543) หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยได้นำเครื่องมือ ทั้งหมดไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด จำนวน 30 ราย ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา แล้วนำมาคำนวณหาค่า ความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87, 0.90 และ 0.93 ตามลำดับ

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติพื้นฐาน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล สามารถสรุปผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับภาระการดูแล พบว่า

1.1 อายุของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.2 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.3 รายได้ของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ และความเพียงพอของ รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบระดับกลางกับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.4 รายได้ของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

1.5 เพศ และ สถานภาพสมรสของผู้ดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลกับการดูแล พบว่า

2.1 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาซ้ำใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาและวิเคราะห์ข้อมูลสามารถอภิปรายผลการศึกษิตตามสมมติฐานแต่ละข้อ ได้ดังนี้

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยกับ การดูแล

1.1 อายุของผู้ดูแลกับการดูแล

อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลในระดับปานกลางอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ถ้าผู้ดูแลมีอายุมาก การรับรู้การดูแลก็จะมากตามเช่นกัน สอดคล้องกับการวิจัยของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ที่พบว่าอายุมีอิทธิพลโดยตรงทางบวก กับการดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ ร้อยละ 55 มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี ซึ่งเป็น ช่วงวัยผู้ใหญ่ที่ย่อมมีบทบาทในหลาย ๆ ด้านได้แก่ บทบาทตามหน้าที่การงาน บทบาทใน ครอบครัว เช่น บิดา มารดา และบทบาททางสังคมอื่น ๆ ขณะเดียวกันก็ต้องมีบทบาทเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มเข้ามา ประกอบกับช่วงวัยนี้จะเริ่มมีความเสื่อมถอยของสุขภาพจึงทำให้การรับรู้ การเพิ่มมากขึ้น ได้ ดังที่ Jones (1996) ได้กล่าวถึงกิจกรรมที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องทำได้แก่ การ ดูแลการแต่งกายของผู้ป่วยทั้งความสะอาด และความเหมาะสมกับกาลเทศะ การดูแลให้รับประทาน ยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การดูแลสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เช่น สภาพที่อยู่อาศัย

เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยหรือในครอบครัว ผู้ดูแลอาจต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำตามบทบาทเดิมของตนเองได้ เช่น การเลี้ยงดูบุตรที่อายุน้อย หรือการทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว กิจกรรมเหล่านี้เพิ่มขึ้นจากกิจกรรมที่ต้องทำในบทบาทเดิมที่มีอยู่ จึงทำให้ความต้องการการดูแลตนเอง อันได้แก่ การดูแลส่วนบุคคลของตนเอง การดูแลตนเองด้านอาหาร การมีกิจกรรม/พักผ่อน การทำงานในบ้าน การทำงานนอกบ้าน การทำงานอาชีพ การมีปฏิสัมพันธ์หรือกิจกรรมร่วมกับสังคม และการจัดการด้านการเงินและธุระส่วนตัว ไม่ได้รับการตอบสนอง จึงทำให้เกิดการรับรู้ภาระขึ้น และการที่บทบาทเดิมถูกระงับจากการดูแลผู้ป่วยนำมาสู่การรับรู้ภาระการดูแล (Orem, 1995 อ้างถึงใน ภัทรอำไพ, พัทธนานนท์, 2544)

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Scazufa and Kuiper (1999) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์ และภาระการดูแลของญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 50 คนและพบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Salleh (1994) ที่ศึกษาภาระการดูแลกับความลำบากในผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท 210 คน ในประเทศมาเลเซีย พบว่าอายุของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาของ Scazufa and Kuiper (1999) มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย และการศึกษาของ Salleh (1994) กำหนดช่วงอายุกลุ่มตัวอย่างแค่ช่วง 40-59 ปี เท่านั้น นอกจากนี้การวิจัยของ Reinhard and Harwitz (1995) ยังพบว่าอายุผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล นั่นคืออายุที่มากขึ้นจะรับรู้ภาระการดูแลน้อย ซึ่งตรงกันข้ามกับผลการวิจัยครั้งนี้

1.2 ระดับการศึกษากับภาระการดูแล

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ภาระการดูแลต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Cook et al. (1994) ที่ศึกษาภาระในผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดาของผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงและพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแล ทั้งนี้เพราะ ผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ รวมทั้งแสวงหาการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ดังที่ Orem (1985) กล่าวว่าการศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเรื่องของสุขภาพมากขึ้น และนำความรู้รวมทั้งทักษะที่ได้มาใช้อย่างมีประสิทธิภาพได้ดี ทำให้ปรับกิจกรรมการดูแลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้ แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับภาระการดูแล อาจเป็นเพราะว่าความรู้จากการศึกษาอาจนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ลำบาก เพราะเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่ต้องการความรู้เฉพาะทาง และยังต้องการทักษะในการดูแลร่วมด้วย อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งในการวิจัยครั้งนี้ (54.1%)

มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา จึงอาจเป็นเหตุให้ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับภาระอยู่ในระดับต่ำ

1.3 รายได้กับการดูแล

รายได้ของผู้ดูแลและรายได้ของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับ ภาระการดูแลและความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับกลาง กับ ภาระการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นั่นคือผู้ดูแลและผู้ป่วยที่มีรายได้สูงและมีความเพียงพอของรายได้ย่อมรับรู้ถึงการมีภาระจากการดูแลน้อย ทั้งนี้เนื่องจากรายได้ของผู้ดูแล และครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย และภาระจากการดูแล เพราะในการดูแลจะต้องมีการใช้จ่าย ค่ารักษา ค่าเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล รายได้เป็นแหล่งที่สำคัญที่จะช่วยให้การเผชิญปัญหาผ่านไปได้ และช่วยให้ผู้ดูแลเข้าถึงแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ เช่น แหล่งข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งความคล่องตัวในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย และมีความมั่นใจในตนเองในการอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคม (Antonovsky, 1987) ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้จากการไม่มีอาชีพ ภาระจึงตกอยู่กับผู้ดูแลและครอบครัว ดังในผลการศึกษาค้างนี้ที่พบว่าผู้ป่วยในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 88.3 ไม่มีรายได้ จึงตกเป็นภาระของผู้ดูแล และหากผู้ดูแลมีรายได้น้อยก็必将มีความวิตกกังวลมาก (ขนาน หัสศิริ, 2537) ซึ่งผู้ดูแลจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่ง (58.6%) มีรายได้ไม่เพียงพอ และจากการศึกษาของ Montgomery, Gonyea, and Hooyman (1985) ที่หาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันทางลบ เช่นเดียวกับ งานวิจัยของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง และพบว่า ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วย 2 เดือน รายได้ของครอบครัวสามารถทำนายภาระได้ ซึ่งจากการวิจัยดังที่กล่าวมา อธิบายอธิบายโดยสรุปได้ว่า ถ้าผู้ดูแลมีรายได้สูง จะรับรู้ภาระการดูแลผู้ป่วยน้อย แต่จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลในระดับต่ำ อาจเนื่องมาจากการแก้ปัญหาการดูแลผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องใช้เพียงเงินเท่านั้น สามารถใช้การสนับสนุนด้านอื่นเพื่อช่วยในการแก้ปัญหา เช่น การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนด้านอารมณ์ และข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น อีกทั้งในปัจจุบันผู้ป่วยสามารถใช้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า คือจ่ายเพียง 30 บาทต่อการเข้ารับบริการหนึ่งครั้ง จึงได้ผลการวิจัยที่แสดงให้เห็นว่า แม้รายได้ของผู้ดูแลจะมีความสัมพันธ์กับภาระแต่ก็อยู่ในระดับต่ำ

1.4 เพศกับการดูแล

เพศของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลสอดคล้องกับการศึกษาของ Thomicroft (2002) ที่ศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ดูแล 5 ประเทศในยุโรปต่อการดูแล พบว่าผู้ดูแลเพศชายและเพศหญิงรับรู้ภาระไม่แตกต่างกัน และจากผลการศึกษาของ

Scazuza and Kuiper (1999) พบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล และไม่ใช้ตัวทำนายภาระการดูแล (Reinhard & Harwitz, 1995) แต่ผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของวิลสันน์ ภูวราวุฒิพานิช (2537) Cook (1988) และ Noh and Turner (1987) ที่พบว่า เพศหญิงมักได้รับผลกระทบทางด้านอารมณ์สูงในบทบาทของการเป็นผู้ดูแล จึงมีความตึงเครียดทางอารมณ์ ความวิตกกังวลสูงกว่าเพศชาย และมีผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัวด้านจิตใจ ตลอดจนมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ภาระการดูแลที่สูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบทบาททางเพศในปัจจุบันเปลี่ยนไป ผู้หญิงมีการศึกษา และความสามารถที่เท่าเทียมกับผู้ชาย สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลได้มากขึ้น จึงพบว่า เพศของผู้ดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลในการวิจัยครั้งนี้

1.5 สถานภาพสมรสของผู้ดูแลกับการดูแล

สถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ภาระการดูแลนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่น ๆ ด้วย เช่น การทำหน้าที่ของครอบครัว (Saunders, 1999) สัมพันธภาพระหว่างคู่สมรส และวิถีความเป็นอยู่แบบไทย ที่จะมีเครือข่ายทางสังคมโดยเฉพาะเครือข่ายทางครอบครัว แม้จะมีคู่สมรสหรือไม่ก็ยังคงได้รับการสนับสนุนดูแลจากครอบครัว เครือญาติ และคนในสังคม ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรสจึงอาจไม่ใช่ปัจจัยหลักที่มีผลต่อการดูแล

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลกับการดูแล

2.1 ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยกับการดูแล

ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับภาระโดยรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 นั่นคือผู้ดูแลที่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดโดยตรงกับผู้ป่วยจะมีภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือด ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเกี่ยวข้องทางสายเลือดโดยตรงกับผู้ป่วย (77.5%) โดยเป็นบิดามารดา ร้อยละ 41.4 รองลงมาคือ พี่หรือน้อง ร้อยละ 36.1 จึงเป็นไปได้ที่ความผูกพันทางสายเลือดจะทำให้ผู้ดูแลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอนาคตของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแล มีระยะเวลาการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ 11 ปีขึ้นไป (36.1%) ซึ่งถือว่ามีความเรื้อรัง ย่อมมีความเสื่อมถอยในความสามารถด้านต่าง ๆ และผู้ป่วยในความดูแลส่วนใหญ่ (56.8%) มีอายุอยู่ในช่วง 20-40 ปี อายุเฉลี่ย 38.9 ปี ซึ่งอยู่ในวัยทำงานและสร้างครอบครัว ดังนั้นผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา ย่อมมองถึงอนาคต และมีความห่วงใย จึงทำให้รับรู้ว่าเป็นภาระ เช่นเดียวกับที่ Howard (2000) ได้สรุปไว้ว่าผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีมากขึ้นในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นบุตร และกระทบกับมารดามากที่สุด และสอดคล้องกับ Schmid et al. (2003 cited in Angermeyer et al., 2006) and Jones (1996) ที่พบว่า

ภาระการดูแลจะเกิดขึ้นมากกับผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วย และภาระที่เกิดขึ้นมักเป็นภาระทางจิตใจ

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยไม่สอดคล้องกับการศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรัฐโอไฮโอที่พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา หรือพี่น้องของผู้ป่วย จะมีภาระการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่ไม่ใช่บิดามารดาหรือพี่น้อง (Thompson & Doll, 1982) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ บิดามารดาจะรับรู้การดูแลบุตรที่ป่วยว่าเป็นเรื่องปกติที่อยู่ในความรับผิดชอบในบทบาทของบิดามารดา จึงมีความตั้งใจในการดูแล และอาจมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ได้กระทำตามบทบาทที่ควรจะทำ (Chesla, 1991 cited in Provencher, 1996) โดยเฉพาะในบริบทสังคมไทยที่มีความคาดหวังจากสังคมว่าบิดามารดาต้องมีหน้าที่ดูแลบุตร และจะมีความเชื่อว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องของกรรม จึงต้องทำใจ ยอมรับ ตามหลักคำสอนของศาสนาพุทธ เพราะเป็นเรื่องที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Rungreangkulkij & Chesla, 2001)

2.2 ระยะเวลาการดูแลกับการดูแล

ระยะเวลาการดูแลกับการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการรับรู้ความรุนแรงของโรคของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยเช่น ผู้ป่วยในความดูแลสามารถดูแลตนเองได้ดี มีอาการทางจิตไม่รุนแรง ผู้ดูแลจึงไม่ต้องคอยดูแลตลอดเวลา จนถึงกับกระทบต่อการดำเนินชีวิต อีกทั้งบริบทสังคมไทยที่มีความผูกพันกันโดยสายเลือด ที่จะทำให้การดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยด้วยความเต็มใจ ใส่ใจ แม้ว่าระยะเวลาในการดูแลจะมากหรือน้อยจึงไม่มีผลต่อภาระการดูแล อีกทั้งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลส่วนใหญ่อยู่ด้วยผู้ใหญ่อ่อนวัย โดยมียุเฉลี่ย 38.93 ปี ภาวะสุขภาพจะยังไม่เสื่อมโทรม ประกอบกับการเจ็บป่วยทางจิตไม่ต้องใช้เครื่องมือทางการแพทย์ใด ๆ ที่จะสร้างความยุ่งยาก และซับซ้อนในการดูแลให้กับผู้ดูแล จึงทำให้ระยะเวลาการดูแลไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Doornbos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และพบว่าระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยที่ยาวนาน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจก็น้อยลง ผู้ดูแลหลายคนจะมีสุขภาพแย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ และระบบทางเดินอาหารจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานาน (Rolland, 1994)

จากผลการวิจัยที่ยังมีความขัดแย้งกัน อาจสะท้อนถึงว่า ในเรื่องภาระการดูแลนั้น มีปัจจัยที่หลากหลายที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาการดูแลอาจไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อภาระการดูแลจึงต้องการการศึกษาต่อไป

2.3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยกับการดูแล

ระยะเวลาที่เจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล นั่นคือไม่ว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยจะยาวนานหรือไม่ ก็ไม่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Lowyck et al. (2004) ที่ศึกษาภาระของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 150 ราย และพบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับภาระของครอบครัว ทั้งนี้ เพราะผู้ป่วยที่ดูแลเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ซึ่งเป็นการติดตามผลการรักษา และสามารถควบคุมอาการให้อยู่ในสังคมได้ ไม่ใช่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล จึงทำให้ระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล

2.4 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท

พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล แม้ว่าระยะเวลาการรักษาที่ยาวนานมักแสดงถึงการรักษาไม่ต่อเนื่อง มีการกลับเป็นซ้ำ และจำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่มากขึ้น แต่การวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่เคยกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเลย (27.9%) แม้ว่าส่วนใหญ่จะกลับเข้ารับการรักษาจำนวน 1-5 ครั้ง (48.6%) ก็ตาม ประกอบกับระยะเวลาการดูแลส่วนใหญ่พบว่าอยู่ในช่วง 1-5 ปี (44.1%) ซึ่งยังไม่ยาวนานจึงอาจทำให้จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแล สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศมาเลเซียเกี่ยวกับปัจจัยบางประการที่สัมพันธ์กับภาระของครอบครัว พบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการดูแลในระดับต่ำ (Salleh, 1994)

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรคและความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย โดยพบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง กับภาระอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับ .05 นั่นคือ หากผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ในระดับมากก็จะทำให้รับรู้ภาระการดูแลมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Thompson and Doll (1982) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงกับไม่รุนแรง พบว่ามีผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีการรับรู้ภาระการดูแลอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง เพราะหากผู้ป่วยมีพฤติกรรม หรืออาการที่ยากแก่การควบคุม เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร รุกล้ำความเป็นส่วนตัวของผู้อื่น แยกตนเอง และพฤติกรรมที่ผิดปกติ นึกกลัวหรือแปลกประหลาด จะเป็นสิ่งที่บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล (Fadden, Bebbington, & Kuipers, 1987; Maurin & Boyd, 1990) เพราะอาการเหล่านี้สร้างความทุกข์ใจให้กับ

ผู้ดูแล ครอบคลุมความคิดความรู้สึกของคนรอบข้าง รู้สึกไม่ปลอดภัย คาดคะเนเหตุการณ์ได้ยาก ผู้ดูแลจะไม่กล้าให้ผู้ป่วยอยู่โดยลำพัง เพราะรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยมีน้อย ผู้ดูแล จะมีความรู้สึกไม่มั่นคง วิตกกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของทั้งผู้ป่วย และผู้อื่น (Bulger, 1991 อ้างถึงใน บุญวดี เพชรรัตน์ และเขาวนถ สุวักขณ์, 2547) และจากการศึกษาปัจจัยทำนาย การดูแลของภรรยาไฟ พัทธนานนท์ (2544) พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคเป็นปัจจัย ที่มีอำนาจในการทำนายอย่างมากต่อการดูแล และสอดคล้องกับการศึกษาของ Reinhard (1994) และ Saleh (1994) ที่พบว่าพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระ ของผู้ดูแลหลัก

อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับกลาง กับ การดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้รับรู้ความรุนแรงของโรคและการดูแล อยู่ในระดับต่ำและไม่ใช่ภาระ จึงมีผลต่อระดับความสัมพันธ์โดยรวม และเมื่อพิจารณา ความสัมพันธ์ของการรับรู้ความรุนแรงของโรครายด้านกับการดูแลพบข้อมูลที่น่าสนใจ ดังนี้ การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการซึมเศร้า ด้านการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ด้าน อาการทางจิต และด้านสมาธิและความจำ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และ ด้านพฤติกรรมติดสารเสพติด มีความสัมพันธ์ทาง บวกในระดับต่ำกับการดูแล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลตาม ประเด็นดังนี้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ปานกลางกับการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ผลการวิจัยสอดคล้องกับการ ศึกษาของ Raj, Kulhara and Avasthi (1991) ที่พบว่าหากผู้ดูแลรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการ ซึมเศร้ามาก ก็จะทำให้รับรู้ภาระมาก และการศึกษาในประเทศอินเดีย ที่เปรียบเทียบภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่มคือ กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ ได้แก่ อาการไม่สนใจดูแลตนเอง เจาะหา ไม่ค่อยพูด กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอนมีท่าทาง แปลก ๆ ก้าวร้าว พบว่าระดับคะแนนภาระไม่ต่างกันมากในช่วงที่ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจ ครั้งแรก แต่เมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจอีกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทชนิดที่มีอาการทางบวกมีคะแนนภาระที่มีอยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการ ทางลบ ซึ่งชี้ให้เห็นว่าอาการทางลบซึ่งก็มีลักษณะคล้ายอาการซึมเศร้า เป็นปัญหามากกว่าอาการ ด้านบวกในการดูแลระยะยาว ซึ่งผู้ดูแลในการวิจัยครั้งนี้มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 8.7 ปี และผู้ป่วยเองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.11 ปี ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจะมีอาการทางด้านลบ หลงเหลืออยู่ (WHO, 1992)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสมได้แก่ พฤติกรรมที่ควบคุมได้ยาก เช่นการรับประทานอาหารที่สกปรก หรือสิ่งที่ไม่ใช่อาหาร การไม่ยอมรับประทานยา การปัสสาวะอุจจาระไม่เป็นที่เป็นทาง การควบคุมอารมณ์ไม่ค่อยได้ มีความขัดแย้งกับผู้อื่น การพึ่งพาผู้อื่น และการหมกมุ่นทางเพศของผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ทั้งนี้เพราะพฤติกรรมเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่รบกวนผู้ดูแล ยังมีพฤติกรรมเหล่านี้มากเท่าใด การรับรู้ภาระจะยิ่งมากขึ้นเท่านั้น (Lowyck et al., 2004) โดย 2 ใน 3 ของผู้ดูแลที่เผชิญกับพฤติกรรมเหล่านี้ รายงานว่าเป็นพฤติกรรมรบกวน รุนแรง (Lauber, 2003) เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Hoenig and Hamilton (1996 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ที่สัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 62 คน ในประเทศอังกฤษ พบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ก่อความเดือดร้อน ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร รุกล้ำความเป็นส่วนตัวของผู้อื่น แยกตนเอง มีพฤติกรรมที่ผิดปกติ น่ากลัวหรือแปลกประหลาด และพฤติกรรมที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้เหล่านี้ เป็นสิ่งที่บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล (Fadden, Bebbington, & Kuipers, 1987; Maurin & Boyd, 1990)

การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านอาการทางจิตได้แก่ การซึมหัวเราะคนเดียว ทำร้ายตนเอง หลงผิดหวาดระแวง คิดและเชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นจริง ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ ซึ่งเป็นอาการทางบวก (Positive Symptoms) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Grade and Sainbur (1963) ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ในสมาชิกครอบครัว จำนวน 410 ราย ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พบว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ที่ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ภาระการดูแลระดับรุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน สับสน และไม่สามารถดูแลตนเองได้

การรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านสมาธิความจำ เป็นการรับรู้ถึงพฤติกรรมเหล่านี้ ได้แก่ การอยู่ไม่ติดที่ เดินไปเดินมา สับสน ไม่มีสมาธิเปลี่ยนความสนใจง่าย และ ความจำแย่ง ลืมง่าย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลต้องเข้ามาดูแลมากขึ้น จึงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของ Grade and Sainbur (1963) ที่ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ในสมาชิกครอบครัว จำนวน 410 ราย ที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด พบว่า ผู้ดูแลรับรู้พฤติกรรมที่เป็นปัญหา ที่ทำให้รับรู้ภาระการดูแลระดับรุนแรง ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน สับสน และไม่สามารถดูแลตนเองได้

ส่วนการรับรู้ความรุนแรงของโรคด้านพฤติกรรมการติดสารเสพติด อันได้แก่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดอื่น ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการการดูแล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Hatfield, Coursey, and Slaughter (1994) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหา

สำหรับสมาชิกในครอบครัว พบว่า นอกจากพฤติกรรมเสื่อมถอย เช่น ขาดแรงจูงใจ แบบแผนการรับประทานอาหาร และการนอนเสียแล้ว พฤติกรรมรุนแรงหรือเสพสารเสพติดยังถูกพิจารณาว่า รบกวนกว่าพฤติกรรมก้าวร้าว รุกราน และทำให้มีการดูแลมากขึ้น เพราะการเสพสารเสพติด เช่น คี๋มสุรา นำมาซึ่งพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง ควบคุมไม่ได้ (Biegel, Millgan, Putnam, & Song, 1994; Lauber, 2003) และพฤติกรรมติดสารเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้การกำเริบ ซึ่งทำให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น (Jones, 1996; Lauber, 2003)

อย่างไรก็ตามการรับรู้ความรุนแรงของโรคทุกด้านมีความสัมพันธ์กับการระดับปานกลาง และด้านพฤติกรรมติดสารเสพติดสัมพันธ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีอายุเฉลี่ย 38.93 ปี ซึ่งอาจกล่าวได้ว่ายังอยู่ในช่วงอายุที่สามารถดูแลตัวเองได้มาก เพราะสุขภาพกายน่าจะยังไม่เสื่อมลงมากนัก

ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในด้านความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลกับการดูแล พบผลการวิจัยที่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยคือ ความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ กับภาระการดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือหากความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลสูงภาระการดูแลจะสูงขึ้นตาม เพราะยังมีการมากขึ้น จะหมายถึงความไม่สมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล กับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Braithwaite, 1992; Reinhard, 1994) ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องการความสามารถด้านทักษะการดูแล และต้องอาศัยความรู้เฉพาะทางในการดูแล เพราะผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ไม่ว่าจะเป็นความคิดปกติกด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม สภาพจิตใจของผู้ป่วยมีความทนทานต่อความเครียดน้อย สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นบกพร่อง ความสามารถในการดูแลตนเองทั้งด้านกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติตามแผนการรักษาลดลง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลย่อมเกิดความต้องการเพื่อกองไว้ซึ่งความสมดุลของการดำเนินชีวิต และเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า

ด้านความต้องการการฝึกทักษะ และด้านการสนับสนุนระดับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางและในระดับต่ำกับการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนั้น ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นไม่ว่าจะเป็นทักษะในการจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหา การดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อควบคุมไม่ให้กลับเป็นซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพยากรณ์โรคไม่ดี มีการกลับเป็นซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จะต้องรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการไปตลอดชีวิต (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548) ผู้ดูแลต้องดูแลอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นไปด้วย สำหรับผลการวิจัยครั้งนี้ผู้ป่วยในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะกลับเข้ารับการรักษารักษาจำนวน 1-5 ครั้ง (48.6%) จึงอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการในการฝึกทักษะ วิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีอาการ หรืออาการข้างเคียงของยา สอดคล้องกับการศึกษาของ สถิต วงศ์สุรประกิต (2542) ที่พบว่า ผู้ดูแลต้องการฝึกการสังเกตผลข้างเคียงของยา และการช่วยเหลือเบื้องต้น นอกจากนั้นยังต้องการฝึกทักษะการป้องกันอันตรายเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตราย และการจัดการกับอารมณ์และความเครียดของตนเอง

อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการด้านการฝึกทักษะ กับภาระการดูแลอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าผู้ป่วยที่ให้การดูแลอยู่ในภาวะที่สามารถควบคุมอาการได้ ผู้ดูแลไม่ต้องให้การดูแลมาก อีกทั้ง ผู้ป่วยในความดูแลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาเจ็บป่วย 11 ปี ขึ้นไป (36.1%) ซึ่งนับเป็นระยะเวลาที่นานพอ ที่ผู้ดูแลจะปรับตัว เรียนรู้และเข้าใจถึงภาวะการเจ็บป่วย แผนการรักษา มีทักษะการดูแลผู้ป่วยที่มากขึ้น (Raina, 2004) ซึ่งจะต่างจากระยะเริ่มต้นของการรักษา เช่น ภายใน 1 ปีแรก ผู้ดูแลจะมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยน้อย จึงมีความวิตกกังวลในการจัดการกับอาการของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก (Lowyck et al., 2004)

ความต้องการด้านการสนับสนุนระดับประคับประคองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแล นั่นคือหากผู้ดูแลมีความต้องการด้านการสนับสนุนระดับประคับประคองมากก็จะมีภาระการดูแลมาก ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องใช้ระยะเวลายาวนาน เพราะเป็นโรคที่เรื้อรัง ทำให้มีผลกระทบต่อผู้ดูแลในทุกมิติ โดยเฉพาะกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ มีอายุเฉลี่ย 46.32 ปี ซึ่งอยู่ในช่วงวัยทำงาน (55%) ซึ่งบทบาทการเป็นผู้ดูแลย่อมกระทบกับการประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ทางสังคม และบทบาทเดิมของตนเอง (Winfield & Harvey cited in Tungpunkom, 2000) การที่ต้องอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้ผู้ดูแลรู้สึกได้ถึงการถูกแบ่งแยกจากสังคม (Schmid, n.d. cited in Angermeyer et al., 2006) ผลกระทบนี้ทำให้ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือระดับประคับประคองทางด้านจิตใจจากแหล่งต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว หรือกลุ่มเพื่อน แม้แต่บุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อลดความเครียดจากบทบาทผู้ดูแล เพื่อที่จะสามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Pender, 1996) เพราะการได้รับการสนับสนุนระดับประคับประคองจะทำให้เกิดกำลังใจ ไม่รู้สึก

โคคเคียว หรือถูกทอดทิ้งและรู้สึกตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Cohen & Wills, 1985) ไม่รู้สึกถึงความแปลกแยกจากสังคม และสอดคล้องกับการศึกษาของทีปประพิน สุขเขียว (2543) ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้การดูแลในระดับต่ำ

ส่วนด้านข้อมูลข่าวสารและการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย พบว่า ไม่มี ความสัมพันธ์กับการดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะระยะเวลาในการดูแลโดยเฉลี่ย 8.7 ปี และผู้ป่วยเองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.11 ปี และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก จิตเวช ซึ่งเป็นการติดตามการรักษาและมารับยาอย่างต่อเนื่อง หรือมาตามที่แพทย์นัด จึงทำให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลข่าวสารจากทีมสุขภาพมาบ้าง นอกจากนั้นแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี ยังเป็นแหล่งฝึกประสบการณ์วิชาชีพของทั้งนักเรียนแพทย์ และนักเรียนพยาบาล ภายใต้การนิเทศของอาจารย์ ย่อมได้รับการดูแลด้านข้อมูลข่าวสาร และมีโอกาสซักถามข้อมูลในประเด็นที่ต้องการ โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เพียงพอระดับหนึ่ง จึงทำให้ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล

ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยนั้น แม้จะมีความจำเป็นในการที่ ต้องได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพราะหมายถึงการที่จะเกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น รวมทั้งการรู้สึกถึงการได้รับการยอมรับจากทีมสุขภาพ (ภัทราจิตต์ ศักดา, 2546) แต่อาจมีความจำเป็นมากในระยะแรกของการรักษา และการดูแลผู้ป่วย ที่ผู้ป่วยยังมีอาการไม่คงที่และผู้ดูแลยังไม่มีประสบการณ์การดูแล แต่กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉลี่ย 8.7 ปี และผู้ป่วยเองมีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.11 ปี และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ซึ่งเป็นการติดตามการรักษาและมารับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการที่มารับบริการติดตามการรักษาและมารับยาอย่างต่อเนื่อง เป็นการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งสนับสนุนทางองค์วิชาชีพ ที่จะทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Lazarus & Folkman, 1986) ซึ่งจะมีผลต่ออาการทางจิตให้สามารถควบคุมได้ และหากเป็นเช่นนี้แล้วการปรับเปลี่ยนการรักษา ก็จะมีไม่มาก ประกอบกับนโยบายการดูแลที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (Clients Center) และเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจึงอาจทำให้ผู้ดูแลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านนี้ อยู่แล้ว ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจึงไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแล

จากผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย การรับรู้ ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์

กับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาลจิตเวชและบุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงความสำคัญ ในการประเมินเกี่ยวกับปัจจัยเหล่านี้อย่างยิ่ง เพื่อการดูแลที่ตรงกับความต้องการในการให้การดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้การดูแล และสร้างเสริมศักยภาพการดูแลของผู้ดูแล ภายใต้แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ว่า ผู้ดูแลและครอบครัวคือสถาบันที่สำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากข้อมูลที่ได้นำมาสู่ข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยยืนยันถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล กับภาระการดูแล ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพโดยเฉพาะด้านการพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรตระหนักถึงความสำคัญในประเด็นเหล่านี้ และทำการประเมินเพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการกำหนดโปรแกรมการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล และสอดคล้องความต้องการ เพื่อลดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเองได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และได้รับการพัฒนาสมรรถภาพเพื่อการดำเนินชีวิตในครอบครัว และสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ

จากผลการวิจัยนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกด้านอยู่ในระดับปานกลางแม้ว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ภาระการดูแลจะอยู่ในระดับต่ำ บุคลากรทีมสุขภาพจิตและจิตเวช จึงควรให้ความสำคัญกับการประเมินความต้องการของผู้ดูแล ตลอดจนการให้บริการที่เข้าถึงความต้องการของผู้ดูแล โดยทำในรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) หรือการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self Help Group) กลุ่มสนับสนุน (Support Group) โดยเฉพาะในผู้ดูแลที่เพิ่งรับบทบาทใหม่ หรือในระยะแรกของการเจ็บป่วย และส่วนผู้ดูแลที่มีประสบการณ์และปรับตัวได้ดีก็จะเป็นแหล่งข้อมูล ความรู้ให้แก่สมาชิกที่ยังมีประสบการณ์น้อย หรือ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลซึ่งกันและกัน ซึ่งจะช่วยให้ได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายกัน (Self Help Group)

อนึ่ง ในรูปแบบการดูแลดังกล่าวข้างต้นควรจัดทำตั้งแต่ที่ผู้ป่วยยังรักษาตัวในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการเตรียมการดูแลก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วย

อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ ป้องกันการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้ภาระการดูแลในระดับที่มากขึ้น และป้องกันการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ และติดตามให้การดูแลต่อเนื่องภายหลังจากที่ผู้ป่วยออกไปอยู่ในสังคมแล้ว มีการส่งต่อข้อมูลกับพยาบาลจิตเวชในชุมชนเพื่อให้การดูแล ในการลดภาระการดูแลและให้การสนับสนุนตามประเด็นความต้องการ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระการดูแล ก็ควรจะให้ความสำคัญกับการคัดกรองหรือประเมินการรับรู้ภาระการดูแลให้ได้แต่ต้น ๆ เพื่อช่วยลดการรับรู้ความรุนแรงของโรค และให้การช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถดูแลจัดการกับอาการของผู้ป่วยในความดูแล โดยเฉพาะในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ก่อนจะดำเนินโรคไปสู่ความเรื้อรังที่จะมีอาการทางลบมากขึ้น เพราะจะยังทำให้ผู้ดูแลมีการรับรู้ภาระที่มากขึ้น

2. ด้านการศึกษาพยาบาล

ควรนำผลการวิจัยมาเป็นฐานในการจัดเนื้อหาทั้งทฤษฎีและ การฝึกประสบการณ์วิชาชีพ ที่สนับสนุนเพื่อให้ผู้เรียนเห็นความสำคัญของภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งเรียนรู้การประเมินทั้งด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้ภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเรียนรู้การให้การดูแลภายใต้ข้อมูลที่ประเมินได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเฉพาะกลุ่ม และเฉพาะพื้นที่เดียวเท่านั้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1. ควรทำการวิจัยซ้ำเพื่อยืนยันข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการรับรู้ภาระการดูแล เพราะยังมีการวิจัยในประเทศไทยน้อย และ ควรศึกษาเพิ่มเติมในปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับภาระการดูแล เช่น ระดับความสามารถของผู้ป่วย ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท และจากการวิจัยครั้งนี้ ที่พบว่า ความเกี่ยวข้องทางสายเลือดโดยตรง มีความสัมพันธ์การรับรู้ภาระการดูแล แต่กลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ ไม่มีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรของผู้ป่วยจิตเภทเลย จึงน่าสนใจว่า หากผู้ดูแลมีความเกี่ยวข้องเป็นบุตรของผู้ป่วย จะมีการรับรู้ภาระการดูแลเป็นอย่างไร จึงควรทำการวิจัยในกลุ่มนี้ เพราะอาจให้ผลที่น่าสนใจในบริบทสังคมไทยที่มีความคาดหวังว่าบุตรควรดูแลบุพการี นอกจากนั้นยังควรศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความหลากหลายมากขึ้น

2. เนื่องจากตัวแปรที่ศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการรับรู้การดูแล เป็นนามธรรมที่เกี่ยวข้องกับความความคิด ความรู้สึก จึงควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และสาระที่สำคัญเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลที่มากขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช ซึ่งเป็นกลุ่มที่อาจกล่าวได้ว่ามีการติดตามการรักษาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยในการดูแลมีอาการไม่รุนแรงมาก จึงควรศึกษาในกลุ่มที่ไม่ได้มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะอาจเป็นกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง จึงมารับบริการที่โรงพยาบาลไม่ได้ เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้การดูแล เพื่อจัดโปรแกรมการดูแลที่สอดคล้อง เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแล

4. จากผลการวิจัยพบว่าความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลทุกด้าน อยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท กับการรับรู้การดูแลทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ ยกเว้นความต้องการด้านการฝึกทักษะการดูแลที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การดูแลในระดับปานกลาง จึงสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนาการแทรกแซงทางการพยาบาล (Nursing Intervention) ที่เข้าถึงความต้องการในด้านนี้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยอาจประยุกต์ใช้รูปแบบที่หลากหลาย ได้แก่ การให้ความรู้และทักษะโดยตรง การจัดกลุ่มแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์การดูแล เป็นต้น และทดสอบผลการใช้รูปแบบดังกล่าว เพื่อพัฒนาเป็นรูปแบบมาตรฐานทางการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป