

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวชที่พบได้ทั่วโลก และเป็นปัญหาสาธารณสุข โดยพบความชุกประมาณ 2.5-5.3 ต่อประชากร 1,000 คน และมีความชุกตลอดชีพ (Lifetime Prevalence) 7.00-9.00 ต่อประชากร 1,000 คน โดยพบเพศชายและหญิงพอ ๆ กัน และพบในช่วงอายุ 15-54 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมากว่าโรคทางจิตเวชอื่น ๆ จากรายงานสถิติผู้ที่เป็นโรคจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2545 พบว่ามีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวชจำนวน 520,013 คน คิดเป็นอัตรา 828.25 ต่อประชากรแสนคน และในจำนวนนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทมีจำนวน 104,920 คน นอกจากนี้จำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุขทั่วไปมีแนวโน้มสูงขึ้น จากปีงบประมาณ 2540-2544 พบผู้ป่วยเพิ่มจากจำนวน 144 รายเป็น 293.2 ราย ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต, 2546) สำหรับแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งมีบทบาทหน้าที่คัดกรองและรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในเขตความรับผิดชอบ มีสถิติของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชจากปีงบประมาณ 2547-2549 มีจำนวน 5,266, 6,374 และ 5,980 คนตามลำดับ (โรงพยาบาลชลบุรี, 2550) จากสถิติที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนมาก แม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคจะต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากการหายขาดของโรคน้อย โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดี ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 จะมีอาการกลับเป็นซ้ำ (มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, 2537)

ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา มีนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด (De-Institutionalization) (กรมสุขภาพจิต, 2540; ธนู ชาติธนานนท์, 2539) การรักษาผู้ป่วยจิตเวชจึงมุ่งเน้นการดูแลอาการ ควบคุมไม่ให้มีอาการมากกว่าเดิม ไม่ให้เกิดอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลจึงสั้นลง เหลือเพียง 3-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ขณะที่อาการเพียงแค่ว่าผู้ป่วยหรือพ่อกจะช่วยเหลือตนเองได้บ้างเท่านั้น และร้อยละ 80 กลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว (Yip, Law, & Lee, 2000) สมาชิกในครอบครัวต้องรับหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Montgomery, 1999)

จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยอาการเพียงแค่ว่าทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังคงมีความเสื่อมทางด้านการทำงานที่และการใช้กระบวนการทางปัญญา จึงยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป (Kane & Marder, 1993) นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการทางด้านลบหลงเหลืออยู่ เช่น เกียจคร้าน ขาดแรงจูงใจ ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ไม่ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการนอน ไม่ยอมรับประทานยา ต้องคอยกระตุ้นเตือนอยู่เสมอหรืออาจมีอาการทางด้านบวกเกิดขึ้นได้เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือมีพฤติกรรมที่แปลกประหลาด (ธนุ ชาดิธนานนท์, 2537) ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ต่อพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยว่าเป็นความยุ่งยาก หรือเป็นภาระการดูแล เช่น พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเองหรือต่อบุคคลอื่น มีพฤติกรรมรบกวนในช่วงเวลากลางคืนที่ควรได้พักผ่อน และบางครั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้มีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้าน (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544) เป็นต้น

ผลกระทบที่เกิดขึ้น มักจะปรากฏภายหลังการดูแลหรือหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล อย่างน้อย 2 สัปดาห์ ขึ้นไป (Burdz & Brody, 1988 cited in Marcia, 1992; Winefield & Harvey, 1993 cited in Lauber, 2003) ผู้ดูแลจะมีสุขภาพแย่ลง มีความอ่อนล้า มีปัญหาในการนอนหลับ และระบบทางเดินอาหารจากการที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอดวันเป็นเวลานาน (Rolland, 1994) ส่งผลกระทบทางจิตอารมณ์คือ ผู้ดูแลรู้สึกสูญเสียบุคคลที่ตนเคยรู้จัก จากคนที่เคยปกติเปลี่ยนเป็นคนที่มีความวิตกกังวล รุนแรงใจ ต้องเผชิญกับความตึงเครียด กลัวการถูกทำร้ายจากผู้ป่วยจากการกำเริบของอาการ มีความรู้สึกผิด โดดเดี่ยว คับข้องใจ รู้สึกเป็นดราม่าของสังคม (Hobbs, 1997; Song, Biegel, & Milligan, 1997) ร้อยละ 30 ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต (Wong, 2000) ซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยโดยตรง (Aneshensel, Pearlin, Mullan, Zarit, & Whitlatch, 1995) เช่น รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมทางสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจก็ลดลงและแยกตัวจากสังคม และเกิดเป็นภาวะซึมเศร้าในที่สุด บางรายไม่สามารถที่จะผู้ป่วยไว้เพื่อออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านกับผู้ป่วย ทำให้กิจกรรมที่เคยปฏิบัติลดลง และประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจจากการที่เคยประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้ขาดรายได้ ประกอบกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาและการดูแลผู้ป่วย (Doombos, 2002; Friedrich, Lively, & Bucwalter, 1999)

นอกจากผลกระทบที่กล่าวมาข้างต้นแล้ว ยังกระทบกับความต้องการการดูแลตนเองของผู้ดูแล เพราะขณะที่ผู้ดูแลต้องแบกรับภาระการดูแลที่เกิดขึ้น จนกว่าผู้ป่วยจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้เองนั้น ผู้ดูแลก็ยังมีความต้องการการดูแลตนเอง อันได้แก่ 1) ความต้องการดูแลตนเอง

2) อาหาร 3) การมีกิจกรรม/พักผ่อน 4) การทำงานในบ้าน 5) การทำงานนอกบ้าน 6) การทำงานอาชีพ 7) การมีสัมพันธภาพหรือกิจกรรมร่วมกับสังคม และ 8) การจัดการด้านการเงินและธุระส่วนตัว (Orem, 1995 อ้างถึงใน ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544) ทั้งนี้ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ได้สรุปไว้ว่า ภาระการดูแลบุคคลที่อยู่ภายใต้การดูแล เกิดขึ้นได้จากการที่ความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ดูแลไม่ได้รับการตอบสนอง เนื่องจากความสามารถในการตอบสนองความต้องการจะลดลงจากการที่ต้องทำบทบาทเป็นผู้ดูแล

ผลกระทบที่ยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่มีความเปราะบางต่อปัญหาสุขภาพ ทั้งทางกายและจิตใจและส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ไม่เอาใจใส่หรือละเลยการดูแล หรือดูแลอย่างขาดประสิทธิภาพ (Eakes, 1995) บางรายถึงกับทำร้ายร่างกายผู้ป่วย ทำให้ปัญหาซับซ้อนและเกิดการกลับเป็นซ้ำมากขึ้น และเกิดเป็นภาระที่มากขึ้นตามมา (Reinhard, 1994) ดังการศึกษาของ ทูลลา บุปผาสังข์ (2546) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างภาระและความสามารถของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลร่วมทำนายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้ร้อยละ 23.1 ($p < .01$) และภาระเชิงประนีกับการกลับเป็นซ้ำมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลจะได้รับผลกระทบที่เกิดจากการดูแลในทุกมิติ ได้แก่ สุขภาพกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม เศรษฐกิจ อย่างไรก็ตาม การรับรู้ภาระของผู้ดูแลย่อมแตกต่างกัน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านอายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา เศรษฐกิจการเงิน ที่จะมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลและการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาการดูแล ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่เจ็บป่วย จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งจะหมายถึงความเรื้อรังของโรค ความยาวนานของการดูแล และการได้รับผลกระทบ รวมทั้งการปรับตัวต่อการดูแล นอกจากนั้นยังมีปัจจัยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยหากผู้ดูแลรับรู้ว่ามีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีการเสื่อมถอยความสามารถ และมีความถี่ จำนวนของการเกิดอาการทางจิตมากเท่าใด การรับรู้ภาระการดูแลก็จะมากขึ้นตามไปด้วย (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544; Jones, 1996; Lauber, 2003; Salleh, 1994) ดังนั้นหากอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยไม่คงที่และรบกวนต่อผู้อื่น จะทำให้ผู้ดูแลรับรู้การมีภาระมากขึ้นเช่นกัน เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถวางแผนการดูแลได้ (Song, Biege, & Milligan, 1997) นอกจากนั้นความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เพราะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และทักษะเฉพาะทางด้านจิตเวช อันได้แก่ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการ

เจ็บป่วยและการดูแล ทักษะในการดูแลไม่ว่าจะเป็นการควบคุมอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย การดูแลให้รับประทานยา และการดูแลผลข้างเคียงจากยา ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ และเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลที่ยาวนานกิจกรรมในสังคมจะลดลง ทำให้ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยลง ดังนั้นผู้ดูแลย่อมมีความต้องการการสนับสนุน ประคับประคองจากแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ (Bartol, Moon, & Linto, 1994) และหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลและด้านอื่น ๆ ก็จะช่วยลดภาระการดูแลและทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของทีปประพิน สุขเขียว (2543) ที่หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 120 คน พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ภาระการดูแลในระดับต่ำ ดังนั้นความต้องการของผู้ดูแลจึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยนั้น พบการวิจัยของ สติธ วงศ์สุรประกิต (2542) ที่นำแนวคิดทางการตลาดของ McCarthy and Perreault (1984) ทั้ง 4 ด้านคือ การบริการ แหล่งบริการและวิธีให้บริการ การสนับสนุนค่าใช้จ่าย และการส่งเสริมการบริการ/ การใช้บริการเสริม พบว่าความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง แต่การศึกษาดังกล่าวมุ่งที่การให้บริการไม่ใช่ที่การดูแลโดยตรงของผู้ดูแล ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของ สมพร รุ่งเรืองกิจ และกฤตยา แสงเจริญ (2538) ที่ศึกษาความต้องการการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและการเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนการศึกษาของ ยาใจ สิทิมงคล (2539) พบความต้องการของผู้ดูแลที่ครอบคลุมในด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย สำหรับการศึกษาของ สุรภา ทองรินทร์ (2546) เป็นการศึกษาที่ครอบคลุมความต้องการในการดูแลโดยตรงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ 1. ความต้องการด้านการฝึกทักษะการดูแล 2. ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร 3. ความต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และ 4. ความต้องการด้านการสนับสนุนประคับประคอง ซึ่งล้วนแต่เป็นปัจจัยที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล ผลที่ได้พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อพิจารณาความต้องการรายด้าน พบว่า ความต้องการทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยการศึกษาดังกล่าวผู้ศึกษาได้พัฒนาเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับ ภัทราภรณ์ หุ่นคำปิ่น, พัทรี คำธิดา และสุรภา ทองรินทร์ (2545 อ้างถึงใน พัทรี คำธิดา, 2546)) โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bartol et al. (1994) จะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังมีการศึกษาเกี่ยวกับความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลไม่เพียงพอ และครอบคลุมความต้องการบางด้านเท่านั้น

อย่างไรก็ตามในประเทศไทย การศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล เช่นปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย กับภาระการดูแลแม้จะมีมาก แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาก็มีความหลากหลาย และมีการศึกษาในบริบทที่ต่างกันอีกทั้งผลการศึกษาพบว่าไม่มีความคงเส้นคงวา (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544) จึงควรศึกษาต่อไป ส่วนปัจจัยเกี่ยวข้องกับการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท กับภาระการดูแล ยังพบน้อยมากและไม่พบการศึกษาในประเทศไทย โดยเฉพาะการศึกษากับผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี

จากข้อจำกัดในการศึกษาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจในความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวกับภาระการดูแล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลนั้นครอบคลุมในเรื่อง ปัจจัยส่วนบุคคลของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ของผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล เพื่อเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลจิตเวช โดยเฉพาะสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม เพื่อลดภาระการดูแล ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการสร้างสุขภาพเชิงรุกตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) ที่มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้มีศักยภาพในการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพ

คำถามของการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท เป็นอย่างไร
3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นอย่างไร
4. ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร

5. ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแล การรับรู้ ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับการดูแลอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. เพื่อศึกษาการรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อศึกษาการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลทั้งของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต

สมมติฐานการวิจัยและเหตุผลสนับสนุน

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถตั้งเป็นสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลและปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท มีความสัมพันธ์กับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี
2. ปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ระยะเวลาการดูแล ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี

เหตุผลสนับสนุนสมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น สามารถแบ่งได้เป็น ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเหตุผลสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล

อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลที่แตกต่างกันจะมีการรับรู้ภาระการดูแลที่ต่างกัน (Cook et al., 1994) โดยผู้ดูแลที่มีอายุน้อยจะรับรู้ภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมากกว่า (Greenberg et al., 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการแก้ไขและเผชิญปัญหา ผู้ที่มีอายุมากกว่าย่อมมีประสบการณ์มากกว่า เพราะความสามารถในการแก้ปัญหาของบุคคลจะพัฒนาขึ้นจนค่อนข้างถาวรเมื่ออายุ 30 ปี (Antonovsky, 1987) จึงทำให้มีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าอายุสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือผู้ดูแลที่อายุน้อยกว่าจะรับรู้ภาระการดูแลน้อยกว่า (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

เพศ เพศที่ต่างกันจะมีการรับรู้ภาระการดูแลต่างกัน โดยเพศหญิงจะถูกอบรมให้เป็นผู้ดูแลงานบ้าน จึงมักถูกคาดหวังตามวัฒนธรรมในสังคมว่าเป็นเพศที่ต้องให้การช่วยดูแลสมาชิกครอบครัว ซึ่งเป็นบทบาทตามธรรมชาติของเพศหญิง ส่วนเพศชายเป็นผู้หารายได้มาสนับสนุนครอบครัว (วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537; Cain & Wicks, 2000) ดังนั้นเพศหญิงจึงมีโอกาได้รับบทบาทเป็นผู้ดูแล และเกิดการรับรู้ภาระการดูแลสูงกว่าเพศชาย (Noh & Turner, 1987) และจากการศึกษาของ Gopinath and Chaturvedi (1992) เกี่ยวกับความแตกต่างระหว่างเพศของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 62 ราย ต่อประสบการณ์การดูแล พบว่า เพศหญิงรับรู้ต่อความเชื่อใจของผู้ป่วยว่าเป็นความตึงเครียดมากกว่าเพศชาย

สถานภาพสมรส สถานภาพสมรสที่ต่างกันจะมีการรับรู้ภาระการดูแลแตกต่างกัน โดยผู้ดูแลที่มีคู่สมรส จะมีการช่วยเหลือค่าจุนกันมากกว่าผู้ดูแลที่อยู่โดยลำพัง สามารถลดความเครียดต่าง ๆ ได้ ส่งเสริมให้มีการรับรู้ต่อภาระลดลง แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสด้วย หากคู่สมรสเจ็บป่วยและมีสัมพันธ์ภาพที่ตึงเครียดมาก่อน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่น เต็มใจให้การดูแลมากกว่า (วิลรัตน์ ภู่วราวุฒิปานิช, 2537) ส่วนผู้ดูแลที่โสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มักขาดคนปลอบโยนให้กำลังใจ จะเกิดความเครียดได้ง่าย อาจส่งผลให้การรับรู้ภาระการดูแลมีมากกว่ากลุ่มแรก (Warkeit, 1987 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีการรับรู้ภาระการดูแลที่ต่างกัน โดยผู้ดูแลที่มีการศึกษาสูง จะมีเหตุผลและวิธีการแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย และรู้จักแสวงหาการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ได้ดีกว่าด้วย ดังคำกล่าวของ Orem (1985) ที่กล่าวว่า การศึกษาจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจเรื่องของสุขภาพมากขึ้น และนำความรู้รวมทั้งทักษะที่ได้มาใช้เผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า ทำให้ปรับกิจกรรมการดูแลได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยได้ ดังนั้นการศึกษาของผู้ดูแลจึงน่าจะมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแล ดังในงานวิจัยของ Greenberg et al. (1993) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาจำนวน 81 คน พบว่าการศึกษาของมารดา

ความสัมพันธ์ทางลบกับการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) ที่พบว่าการศึกษาที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการดูแล

รายได้ รายได้ของผู้ดูแล และครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย และ การจากการดูแล เพราะในการดูแลจะต้องมีการใช้จ่ายค่ารักษา ค่าเดินทางมารับการรักษาที่ โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้จากการไม่มีอาชีพ การจึงตกอยู่กับผู้ดูแลและครอบครัว ครอบครัวและผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะมีความวิตกกังวลมากกว่า (ขนาน หัสศิริ, 2537) Martyns-Yellowe (1992) ได้ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่เขตเมืองกับ ชนบท ของประเทศไนจีเรียพบว่า ผู้ดูแลที่อาศัยอยู่เขตชนบทมีการดูแลสูงกว่าเขตเมือง เนื่องจากเศรษฐกิจต่างกัน ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองมี การศึกษาสูงเศรษฐกิจดีกว่า นอกจากนั้น Montgomery , Gonyea, and Hooyman (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัว กับภาระของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา พบว่าตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์กันทางลบ เช่นเดียวกับ การศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแล นอกจากนั้นจากการศึกษาของ Bull (1990) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วย 2 เดือนรายได้ของครอบครัวสามารถทำนาย ภาระได้ ซึ่งจากการวิจัยดังที่กล่าวมา อธิบายว่า ถ้าผู้ดูแลมีรายได้สูง จะรับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วย น้อย

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย

รายได้ รายได้ของผู้ป่วยอาจเป็นรายได้จากการที่เคยประกอบอาชีพเดิมก่อนการ เจ็บป่วย หรือภายหลังการเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและ สามารถควบคุมอาการและพฤติกรรม ที่เป็นปัญหาได้ รายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย และการจากการดูแล เพราะในการ ดูแลจะต้องมีการใช้จ่ายค่ารักษา ค่าเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายไม่มีรายได้ จากการไม่มีอาชีพ การจึงตกอยู่กับผู้ดูแลและครอบครัว ครอบครัวและผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยจะมีความ วิตกกังวลมากกว่า (ขนาน หัสศิริ, 2537) การศึกษาของภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544) พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแล และ Bull (1990) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาระ ของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังให้การดูแลผู้ป่วย 2 เดือน รายได้ของครอบครัว สามารถทำนายภาระได้ ซึ่งจากการวิจัยดังที่กล่าวมา อธิบายว่า ถ้าผู้ป่วยมีรายได้สูง จะทำให้ผู้ดูแล รับรู้ภาระในการดูแลผู้ป่วยน้อย ดังนั้น รายได้ของผู้ป่วยจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล

ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย จากการศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในรัฐโอไฮโอพบว่า ผู้ปกครองผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแลร้อยละ 40 รองลงมาเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย มีภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา หรือพี่น้องของผู้ป่วย (Thompson & Doll, 1982) สอดคล้องกับ Davis (1992) ที่พบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย มักเป็นมารดา ภรรยา รองลงมาคือบุตรสาว พี่และน้อง ในขณะที่บิดา สามี และบุตรชาย จะเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน และมารดาจะรับรู้การดูแลบุตรที่ป่วยว่าเป็นเรื่องปกติ เพราะเป็นบทบาทของมารดาที่ต้องดูแลบุตร ในขณะที่บิดารู้สึกทางลบกับการต้องดูแลบุตรที่ป่วย ซึ่งอาจทำให้บิดารับรู้ว่าเป็นภาระมากกว่ามารดา (Chesla, 1991 cited in Provencher, 1996) แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด กับนอกสายเลือดพบว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดเช่น บิดามารดาจะรับรู้ภาระการดูแลมากกว่าผู้ดูแลอื่น ๆ อาจเนื่องมาจากความรัก ความผูกพัน และมีความจริงจังกกับการดูแลผู้ป่วย ตามบริบทสังคมและวัฒนธรรมของไทยที่ผู้ใกล้ชิดในครอบครัวจะมีความสายใยความผูกพันต่อกัน ย่อมมีความเอื้ออาทร รับรู้ความทุกข์ของบุคคลในครอบครัวมากกว่า ทำให้รับรู้ภาระการดูแลหรือผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมากก็ได้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544)

ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยมีผลต่อการรับรู้ภาระการดูแลจากการศึกษาของ Doombos (2002) ที่ศึกษาถึงความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้ข้อสรุปว่าครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยยาวนาน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีอำนาจ รู้สึกเหมือนติดกับดัก วิถีชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนไป กิจกรรมในสังคม และการพักผ่อนหย่อนใจก็น้อยลง 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)

ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย สะท้อนถึงความเรื้อรังของโรคเพราะผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับยาเป็นระยะเวลายาวนานและต่อเนื่องตามแนวทางการรักษาโรค เช่น ผู้ป่วยที่มารับการรักษาครั้งแรก หลังจากอาการทุเลาลงแล้วจะให้ยาต่ออีกประมาณ 1 ปี เป็นอย่างน้อย หากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สอง จะให้ยาถึง 5 ปี และถ้าเป็นบ่อยกว่านี้จะให้ยาตลอดไป (มานิช หล่อตระกูล, 2539) ทำให้ผู้ป่วยเกิดความยุ่งยากและฝืนใจปฏิบัติ ซึ่งผู้ป่วยประเภทนี้จะมีความอดทนน้อย อาจไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมาก

จึงมักจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง (American Psychiatric Association, 1994) ที่มีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง เห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 2-6 เดือนหลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 50 และภายใน 2 ปี หลังจำหน่ายมีถึงร้อยละ 70 (Fowler, 1992) และเมื่อเจ็บป่วยเรื้อรังนาน ๆ ทำให้ระดับศักยภาพลดลง (Quilan & Ohlund, 1995) ถึงแม้จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองบ้างแต่ก็มักเป็นไปแบบขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ขาดความสนใจและแรงจูงใจ (Kaplan & Sadock, 1995) ทำให้ผู้ป่วยเกินครึ่งมีปัญหาการปรับตัวหลังจำหน่ายไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยมักจะมีอาการเสื่อมถอยของความสามารถในทุก ๆ ด้านรวมทั้งการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ถึงความรุนแรงของโรคและการดูแลที่มากขึ้น เพราะเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะเข้ามาดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยบกพร่องในความสามารถในการดูแลตนเอง (บุญวดี เพชรรัตน์ และเยวานาถ สุวักขณ์, 2547)

จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน เกี่ยวข้องกับการรักษาไม่ต่อเนื่องและการกลับเป็นซ้ำ ทำให้จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นเมื่อผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการที่กำเริบได้ และจากการศึกษาของประเทศมาเลเซีย เกี่ยวกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาระของครอบครัวพบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการะแต่อยู่ในระดับต่ำ (Salleh, 1994)

3. การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค คือการที่ผู้ดูแลรับรู้ว่ามีผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและมีการเสื่อมถอยความสามารถ และมีความถี่ของการเกิดอาการทางจิต โดยหากมีมากเท่าใด มักสัมพันธ์กับการรับรู้ภาระการดูแลที่จะมากขึ้นตามไปด้วย (ภัทรอำไพ พิพัฒนานันท์, 2544) สอดคล้องกับที่ Salleh (1994) สรุปไว้ว่าหากพฤติกรรมที่เป็นปัญหาประกอบด้วยหลายอาการ และเกิดขึ้นบ่อยจะทำให้ผู้ดูแลมีภาระมาก และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น เนื่องจากสารเสพติดเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้อาการกำเริบ (Jones, 1996; Lauber, 2003) นอกจากนั้นภาระการดูแลยังเกี่ยวข้องกับลักษณะอาการของผู้ป่วยและระยะเวลาของการมีอาการ โดยจากการศึกษาเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่มในประเทศอินเดีย คือกลุ่มที่มีอาการทางลบคือไม่สนใจตนเอง เงือขงา ไม่ค่อยพูด กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ ผู้ป่วยที่แสดงอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีท่าทางแปลก ๆ ก้าวร้าว พบว่าในการพาผู้ป่วยมาตรวจครั้งแรก คะแนนภาระไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจอีกครั้งเพื่อติดตามผลการรักษา พบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ มีคะแนนการรับรู้ภาระต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Raj, Kulhara, & Avasthi, 1991) ดังนั้นหากอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยคงที่และไม่รบกวนผู้อื่นจะทำให้ผู้ดูแลมีภาระน้อย (Song, Biege, & Milligan, 1997) เนื่องจากผู้ดูแลสามารถวางแผน

การดูแลได้ นอกจากนั้นจากรายงานผลการวิจัยของ Bulger (1991 อ้างถึงใน บุญวาทย์ เพชรรัตน์และ
เขวณาด สุวักขณ์, 2547) พบว่าความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะเป็นตัวแปรที่ทำนายผลกระทบใน
การดูแลผู้ป่วย เนื่องจากความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถใน
การดูแลตนเองของผู้ป่วย และตัวแปรความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจะสามารถทำนาย
การรับรู้ภาระของผู้ดูแลในช่วงหลังการจำหน่ายในระยะเวลาสั้น ๆ

4. ความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีบทบาทสำคัญใน
การเป็นผู้สนับสนุนหลักในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคม
ไม่กลับเป็นซ้ำ แต่ในบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจ และทักษะเฉพาะ
ทางด้านจิตเวช อันได้แก่ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช การ
ดูแล และทักษะในการดูแล ต้องการมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ และเนื่องจากผู้ป่วย
จิตเภทเป็นผู้ป่วยเรื้อรังผู้ดูแลย่อมมีความต้องการการสนับสนุนประคับประคองจากแหล่ง
สนับสนุนต่าง ๆ (Bartol et al., 1994) และหากผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลและด้าน
อื่น ๆ ก็จะช่วยลดภาระการดูแลและทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังการศึกษาของ
ทีปประพิน สุขเขียว (2543) ที่หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและภาระการดูแล
ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 120 คน พบว่า ผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะรับรู้ภาระการดูแล
ในระดับต่ำ ดังนั้นความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลจึงน่าจะเป็นอีกปัจจัย
หนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

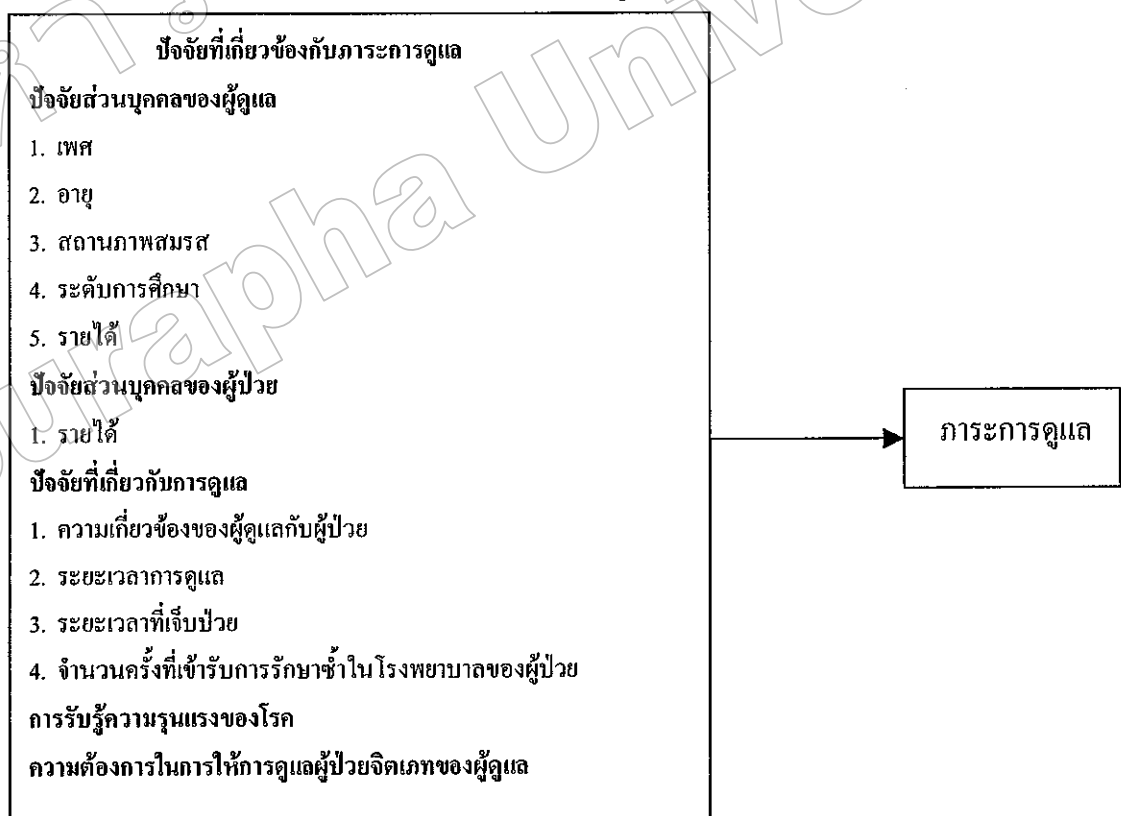
จากข้อมูลดังกล่าวถึงข้างต้น จึงพออนุมานสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้ได้ แต่
อย่างไรก็ตาม การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลดังกล่าว
ข้างต้น กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ยังมีการวิจัยจำนวนน้อย จึงนับว่ามีความจำเป็น
ในการที่จะทำวิจัยในครั้งนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาของ Pai and Kapur (1981) การที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบและดูแลผู้ป่วย
จิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านกิจวัตรประจำวัน เศรษฐกิจ การเงิน เวลา
ความมีอิสระ การมีปฏิสัมพันธ์และงาน สุขภาพกาย และจิตใจ ที่เรียกว่าภาระการดูแล ซึ่งเป็น
การรับรู้ของผู้ดูแลต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย และการรับรู้ภาระการดูแลจะเป็น
อย่างไรนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็น อายุ เพศ สถานภาพ
สมรส ระดับการศึกษา รายได้ ความเพียงพอของรายได้ และปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแล ได้แก่

ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย ก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับการดูแลที่มีผลต่อการรับรู้การดูแล รวมถึงการรับรู้ต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย ที่ครอบคลุมด้านอาการซึมเศร้า การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม อาการทางจิต สมาธิ ความจำ และพฤติกรรมติดสารเสพติด (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544) และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ซึ่งตามกรอบแนวคิดของ Bartol et al. (1994) ความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ครอบคลุมการดูแลโดยตรง 4 ด้านคือ 1) ความต้องการที่จะฝึกทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ควบคุมการให้ยาและพร้อมที่จะจัดการกับเหตุฉุกเฉินต่าง ๆ 2) ความต้องการด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร 3) ความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ 4) ความต้องการด้านการสนับสนุนระดับประคับประคอง จากแนวคิดที่กล่าวมาทั้งหมดผู้วิจัยจึงกำหนดขึ้นเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ตามแผนภาพที่ 1

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. บุคลากรพยาบาลโดยเฉพาะด้านจิตเวชได้แนวทางในการประเมินการรับรู้ ความรุนแรงของโรค ความต้องการ และภาระการดูแล ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างครอบคลุม
2. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวิเคราะห์และวางแผนระบบ บริการ เพื่อให้การดูแล และส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเวช ทั้งในโรงพยาบาลและการจัดบริการสุขภาพจิตชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และใช้ข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการ พัฒนารูปแบบ หรือโปรแกรมการดูแลเชิงรุกสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเพิ่มขีดความสามารถ ในการเผชิญปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดภาระการดูแล ป้องกัน การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการ สร้างสุขภาพเชิงรุก ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) ที่มุ่งเน้น การสร้างความเข้มแข็งของปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ให้มีศักยภาพในการดูแลและ สร้างเสริมสุขภาพ

ด้านการศึกษาพยาบาล

1. ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลอ้างอิงประกอบในการเรียนการสอนสำหรับ นักศึกษาพยาบาลเกี่ยวกับการให้การพยาบาลเพื่อลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเป็น แนวทางสำหรับนักศึกษาพยาบาลในการนำไปใช้เป็นแนวทางในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

ด้านการวิจัย

1. นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบทางการพยาบาล ในการดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบทางการพยาบาลนั้น

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเวช และปัจจัยที่เกี่ยวกับภาระการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และจำนวนครั้ง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวช การรับรู้ความรุนแรงของโรค ความต้องการใน การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของผู้ดูแล กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยตัวแปรต้นคือ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล และตัวแปรตามคือภาระการดูแล กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลหลักของ ผู้ป่วยจิตเวช ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 111 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2549

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่อยู่ในครอบครัวเดียวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา บุตร พี่หรือน้อง รวมถึงบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยไม่ได้รับค่าจ้างตอบแทนใด ๆ ไม่จำกัดเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และมีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี ซึ่งแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ไม่จำกัดเพศ อายุ และอยู่ในความดูแลของผู้ดูแลที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแล หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ รายได้ และปัจจัยเกี่ยวกับการดูแล ได้แก่ ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยระยะเวลาการดูแล ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของโรค และความต้องการในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

ความเกี่ยวข้องของผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย โดยแยกเป็นความเกี่ยวข้องทางสายเลือดโดยตรง อันได้แก่ ความเกี่ยวข้องเป็นบิดา มารดา พี่หรือน้อง และความเกี่ยวข้องนอกสายเลือด ได้แก่ เกี่ยวข้องเป็นภรรยา สามีย และญาติที่ไม่ใช่สายเลือดโดยตรง

การรับรู้ความรุนแรงของโรค หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลต่อประเภทของอาการทางจิต การลดลงของความสามารถของผู้ป่วยจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทและความถี่ของการเกิดพฤติกรรมและอาการทางจิตนั้น โดยครอบคลุมในด้านอาการซึมเศร้า การปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม อาการทางจิต สมาธิ ความจำ และพฤติกรรมคิดสารเสพติด (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2544) ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคในงานวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมและการรับรู้อาการทางจิตที่สร้างโดยภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์ (2544)

ความต้องการของผู้ดูแล หมายถึง ความต้องการของผู้ดูแล เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยครอบคลุมความต้องการ 4 ด้านได้แก่ 1. ความต้องการฝึกทักษะการดูแล 2. ความต้องการความรู้และข้อมูลข่าวสาร 3. ความต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล และ

4. ความต้องการการสนับสนุนระดับประคอง ซึ่งความต้องการของผู้ดูแลในงานวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้นโดย ภัทราภรณ์ หุ่นปันคำ, พัชรีย์ คำธิตา ภัทราจิตต์ ศักดา และสุรภา ทองรินทร์ (2545) ตามการทบทวนวรรณกรรมของ Bartol et al. (1994)

การดูแล หมายถึง การรับรู้ต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นจากบทบาทการเป็นผู้ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่ประเมินสถานการณ์ว่าเป็นปัญหา ความยุ่งยาก และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต การดำเนินชีวิตทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านเศรษฐกิจการเงิน 2. ด้านกิจวัตรประจำวันและงานบ้าน 3. ด้านการรบกวนเวลา และความมีอิสระ 4. ด้านปฏิสัมพันธ์และงาน 5. ด้านสุขภาพกาย และ 6. ด้านจิตใจ ซึ่งการดูแลในงานวิจัยนี้ประเมินโดยใช้แบบวัดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ ทีประพิน สุขเขียว (2543) ที่ดัดแปลงมาจากแบบสัมภาษณ์ของ Pai and Kapur (1981)