



# ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนใต้

## Needs of Caregivers Providing Home Care for Psychiatric Patients Living in the Border of Southern Thailand

ทิพย์ภา เชษฐฐิชาวลิต\*, วิลาวรรณ คริสต์รักษา\*, ดำรงค์ แวอาลี\*\*, สุนันทา เศรษฐฐิชาวลิต\*\*  
Tippa Chetchaovalit\*, Wilawan Christraksa\*, Damrong Wae-Alee\*\*,  
Sunanta Setthawatcharawanit\*\*

\* สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์  
อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา 90110

\*\* โรงพยาบาลศูนย์ยะลา อ.เมืองยะลา จ.ยะลา 95000

\* Psychiatric and Mental Health Nursing Department, Faculty of Nursing, Prince of Songkla  
University, Hat Yai, Songkhla, 90110

\*\* Yala regional hospital, Meuang, Yala 95000

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาระดับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ **วิธีการศึกษา** กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ยะลา และเป็นผู้มีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดยะลา ปีตตานิ และนราธิวาส จำนวน 103 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก เก็บข้อมูลตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2558 ถึง มกราคม 2559 โดยใช้แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนใต้ของทิพย์ภาและคณะ (2553) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลไทยมุสลิมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของวรวิธยา (2548) สถิติวิเคราะห์ ใช้ค่าร้อยละ ค่าคะแนนเฉลี่ย ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทีอิสระ (independent t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA)

**ผลการศึกษา** ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมากเรียงตามลำดับ ดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม และด้านการสนับสนุนระดับครอบครัว สำหรับด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าศาสนา มีผลต่อความต้องการด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย และด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรมอย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) อารมณ์และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย มีผลต่อความต้องการด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร และด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) และการวินิจฉัยโรค มีผลต่อทุกด้าน ยกเว้นด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.05$ ) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างตามการวินิจฉัยโรค พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีผู้ป่วยในความดูแลเป็นโรคจิตเวช กลุ่มโรค F20-F29 มีระดับความต้องการการดูแลต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีผู้ป่วยในความดูแลเป็นโรคจิตเวช กลุ่มโรค F30-F39 และ F99 อย่างมีนัยสำคัญ ( $p < 0.001$ ) **สรุป** ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้มีความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม และด้านการสนับสนุนระดับครอบครัวอยู่ในระดับมาก และปัจจัยด้านศาสนา อารมณ์และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรคมีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขควรหากลยุทธ์ และดำเนินถึงปัจจัยในการสนับสนุน และส่งเสริมความต้องการในด้านดังกล่าว

**คำสำคัญ** ความต้องการ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สถานการณ์ความไม่สงบ

Corresponding author: ทิพย์ภา เชษฐฐิชาวลิต

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2560; 62(4): 323-336

## ABSTRACT

**Objective :** To study the levels of the needs of caregivers at patients' home and the effects of individual factors of the needs of caregivers providing home care for psychiatric patients living in the border of southern Thailand.

**Methods :** The sample consisted of 103 caregivers who live in the unrest area and who brought the patients to psychiatric outpatient unit in Yala Hospital during May 2015 to January 2016. The instrument was a Tippa et al. questionnaire (2010) which developed from the needs of Thai-Muslim caregivers at home of Wantaya's questionnaire (2005). Data was analyzed by using percentage, mean, standard deviation, indepent t-test and one-way ANOVA.

**Results :** The overall of the needs of caregivers were in the high level and all of each dimension of caregivers' needs were also high; the need of participation in care planning, knowledge and information, training in caring skills, religious and cultural beliefs, and support dimensions. In addition; the religion factor with the need of religious and cultural beliefs and knowledge and information dimensions were significant related ( $p < 0.05$ ), the emotional and feeling factor was related to the need of knowledge and information and religious and cultural beliefs and knowledge and information dimensions significantly ( $p < 0.05$ ), and the diagnosis factor had significant associated with all dimension of the needs ( $p < 0.05$ ) except for the religious and cultural beliefs dimension. The diagnosis of F20-F29 had significant lower scores of the needs of caregivers than F30-F30 and F99 ( $p < 0.001$ ).

**Conclusions :** These findings acknowledge the needs of caregivers in caring for psychiatric patients at homes under unrest situations; care planning, knowledge and information, training in caring skills, religious and cultural beliefs, and support dimensions were high levels. Moreover, the religions, emotional and feelings, diagnosis factors had significant effects to the caregivers' needs. Health officers should recognize about the factors which could support the stratigies to promote the needs for caregivers.

**Keywords :** needs, caregivers providing home care, unrest situation

---

Corresponding author: Tippa Chetchaovali

J Psychiatr Assoc Thailand 2017; 62(4): 323-336

## บทนำ

เป็นที่ทราบกันดีว่า เหตุการณ์ความไม่สงบในชายแดนใต้ ยังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและรุนแรง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา จากรายงานในปี พ.ศ. 2547-2558 พบว่า มีเหตุการณ์รุนแรงที่มีผู้ได้รับผลกระทบทางด้านร่างกาย และจิตใจ จำนวนทั้งสิ้น 15,375 เหตุการณ์ มีผู้เสียชีวิตและได้รับบาดเจ็บในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 790 ราย ส่วนใหญ่เป็นประชาชน<sup>1</sup> สร้างความหวาดกลัววิตกกังวล รู้สึกไม่ปลอดภัยแก่ประชาชนอย่างถ้วนหน้า ไม่ว่าจะเป็นประชาชนในพื้นที่ หรือเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ต้องหวาดผวากับการฆ่าร้ายวัน การวางระเบิด โดยไม่ทราบว่าจะเกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัวเมื่อใด รวมถึงการเกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตทั้งด้านสังคม และอาชีพ เช่น งดเว้นการเดินทางในบางเวลา เปลี่ยนเวลาการกรีดยางและการทำพิธีกรรมทางศาสนา เปลี่ยนเส้นทางการเดินทางไปทำงาน เพื่อให้มีความปลอดภัยมากขึ้น รวมทั้งการไม่มีรถรับจ้างบริการบางช่วงเวลาในบางพื้นที่ เป็นต้น ปัจจัยต่างๆ ที่กล่าวมานี้ย่อมส่งผลกระทบต่อการใช้บริการและการมารับบริการด้านจิตเวชด้วยเช่นกัน

ผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งจากทีมสหวิชาชีพ และครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการเจ็บป่วยซ้ำและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข ครอบครัว จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุน ช่วยเหลือ ปรึกษา ปรึกษา ปรึกษา ผู้ป่วย ทั้งทางด้านกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยา และการพัฒนาทักษะทางสังคม ฉะนั้น ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงจะสามารถให้การดูแลได้ดี ไม่มีการป่วยซ้ำในเวลาที่ไมเหมาะสม<sup>2</sup> จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดย Bartol และคณะ<sup>3</sup> พบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการที่สำคัญ 4 ด้าน คือ 1) ต้องการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ให้สามารถจัดการกับพฤติกรรมของ

ผู้ป่วย การรับประทานยา และสามารถจัดการเมื่อเกิดกรณีฉุกเฉินได้ 2) ต้องการข้อมูลข่าวสารตามความเป็นจริง ตรงไปตรงมา ทั้งด้านการวินิจฉัยโรค การรักษา การรับประทาน และความก้าวหน้าของโรค ดังเช่นการศึกษาประสบการณ์การดูแลของครอบครัวที่มีสมาชิกเป็นโรคจิตเภท<sup>4</sup> พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ด้านการดำเนินโรคและระบบการดำเนินงานเกี่ยวกับสุขภาพจิต 3) ต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วย ร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีมรักษา สามารถให้ข้อมูลหรือสื่อสารกับทีมวิชาชีพได้อย่างสม่ำเสมอ และ 4) ต้องการได้รับการสนับสนุนในการรวมกลุ่มผู้ดูแล เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเรียนรู้การจัดการกับปัญหาต่างๆ ดังเช่นการศึกษาของ Sreeja<sup>5</sup> ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อการใช้สังคม และการขาดการส่งเสริมจากสังคมภายนอกจะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมแสดงออกต่อตัวผู้ป่วยของผู้ดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลควรได้รับการปรึกษา ปรึกษา ปรึกษา สุขภาพจิต<sup>5</sup> นอกจากนี้ผู้ดูแลส่วนหนึ่งมีความต้องการดูแลผู้ป่วยให้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรมร่วมด้วย<sup>6,7</sup>

โรงพยาบาลศูนย์ยะลา เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการด้านจิตเวชครอบคลุม 3 จังหวัดชายแดนใต้ ได้แก่ ยะลา ปัตตานี และนราธิวาส จากสถิติปีงบประมาณ 2556 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1,549 ราย แต่จากสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนใต้ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อการเดินทางของผู้ป่วยและญาติในการมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งจึงเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาล เมื่อมีอาการรุนแรงขึ้นหรืออยู่ในภาวะฉุกเฉิน ทำให้เป็นภาระกับญาติและภาครัฐในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ในปี 2550 ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาความต้องการในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแลที่มารับบริการที่โรงพยาบาลยะลา โดยศึกษาครอบคลุมความต้องการทั้ง 5 ด้าน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลมีความต้องการในระดับมากที่สุดทั้ง 5 ด้าน คือ 1) ด้าน

ความรู้และข้อมูลข่าวสาร 2) ด้านการสนับสนุนระดับ  
ประเทศ 3) ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย 4) ด้านการ  
มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และ 5) ด้านการดูแลตาม  
ความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม<sup>๑</sup> หลังจากนั้นได้มีการ  
ปรับปรุงระบบการบริการ เช่น ระบบการนัดผู้ป่วย  
การซักประวัติ และพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายจิตเวช  
จังหวัดยะลา เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการบริการ  
ที่รวดเร็วและมีคุณภาพ แต่ด้วยสถานการณ์ความ  
ไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ที่ทวีความรุนแรงอย่างต่อเนื่อง  
มาเป็นเวลาหลายปี ได้ส่งผลกระทบต่อการทำงาน  
ชีวิตประจำวันของครอบครัวเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา  
ความต้องการ และวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อ  
ความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน  
ในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ เพื่อนำมาเป็น  
แนวทางในการปรับปรุงการให้บริการและให้ความ  
ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวให้มีความ  
สอดคล้องกับความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างมีคุณภาพ  
มากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบใน  
ชายแดนใต้
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความ  
ต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

## วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา  
แบบสำรวจ (descriptive survey study) ศึกษา  
ระดับความต้องการ และปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผล  
ต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านใน  
3 จังหวัดชายแดนใต้ ใช้เวลาเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน  
7 เดือน ตั้งแต่ เดือนพฤษภาคม 2558 ถึง มกราคม  
2559 หลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรม

งานวิจัยในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย  
สงขลานครินทร์ เลขที่โครงการ ศธ 0521.1.05/776

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่แผนกจิตเวช  
โรงพยาบาลศูนย์ยะลา ซึ่งมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัด  
ยะลา บัตตานี และนราธิวาส เป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้องกับ  
ผู้ป่วยในฐานะญาติสายตรง (บิดา มารดา ปู่ ย่า  
ตา ยาย คู่สมรส พี่น้อง บุตร) หรือญาติห่างๆ ที่ใช้ชีวิต  
ภายในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเวช โดยมีอายุ 18  
ปีขึ้นไป รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยจิตเวชเป็นส่วนใหญ่เป็น  
ระยะเวลาอย่างน้อย 1 เดือน และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

## จำนวนประชากรและขนาดกลุ่มตัวอย่าง

สถิติจากเวชระเบียนโรงพยาบาลศูนย์ยะลา  
ย้อนหลัง 3 ปี พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่  
โรงพยาบาลศูนย์ยะลาโดยเฉลี่ยมีจำนวน 1,500 ราย  
ต่อปี ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษานี้จึง  
กำหนดที่ 50-100 รายตามหลักการของKirk<sup>๑</sup> ใช้วิธี  
การคัดเลือกตามสะดวก (convenient sampling) จาก  
ผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่โรงพยาบาลศูนย์ยะลา  
ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ข้างต้น

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งเป็น  
2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ  
เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส ลักษณะความสัมพันธ์  
กับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อ  
เดือน ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย  
ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย อารมณ์และความ  
รู้สึก ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย 2) ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย  
ของผู้ป่วย ได้แก่ ระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วย  
การได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน  
ครั้งที่เคยนอนโรงพยาบาล

2. แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบใน

ชายแดนใต้ของ Chetchaovallit และคณะ<sup>8</sup> ซึ่งดัดแปลงจาก Paurpan<sup>6</sup> ที่ปรับปรุงจากแบบสอบถามของ สุรภาและคณะ<sup>3</sup> ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Bartol และคณะ<sup>3</sup> ที่ได้กล่าวถึงความต้องการของครอบครัวไว้ 4 ด้าน และ Paurpan<sup>6</sup> ได้สร้างเพิ่มเติมอีก 1 ด้าน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ แบบสอบถามจึงประกอบด้วยความต้องการ 5 ด้าน คือ 1) ด้านการฝึกทักษะการดูแล 11 ข้อ 2) ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร 11 ข้อ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4 ข้อ 4) ด้านการสนับสนุนระดับประคอง 14 ข้อ และ 5) ด้านการดูแลผู้ป่วยตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม 9 ข้อ รวมคำถามทั้งสิ้น 49 ข้อ แต่ละข้อมี 4 ตัวเลือกตามระดับความต้องการ ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า rating scale ได้แก่ มาก (4 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) และไม่ต้องการ (1 คะแนน) การแปลผลคะแนนแบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.00 หมายถึง มีความต้องการน้อย, 2.01-3.00 หมายถึง มีความต้องการปานกลาง, และ 3.01-4.00 หมายถึง มีความต้องการมาก

ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำข้อมูลมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) เท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยนำเสนอระดับความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน นำเสนอค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน independent t-test และวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (one-way ANOVA)

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยที่นักวิจัยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง สำหรับ

กลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาทางสายตาหรือปัญหาการอ่าน นักวิจัยจะใช้วิธีการถามให้ตอบ ในกรณีที่มีปัญหาด้านภาษา จะมีล่ามหรือผู้ช่วยวิจัยที่เข้าใจภาษาช่วยในการถามและตอบแบบสอบถาม ที่นักวิจัยทำการเก็บข้อมูล ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างนั่งรอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ทั้งนี้ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเก็บข้อมูลเป็นความลับ การขอยกเลิกการร่วมวิจัยเมื่อไหร่ก็ได้โดยไม่มีผลต่อการนำผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล และหากกลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางอารมณ์ ให้ข้อมูล ทีมผู้วิจัยจะให้ช่วยเหลือโดยการบำบัดทางจิตใจหรือส่งต่อผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อลดปัญหาทางอารมณ์

#### ผลการศึกษา

##### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านทั้งหมด 103 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.2) มีอายุเฉลี่ย 45.05 ปี นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 80.6) สถานภาพคู่ (ร้อยละ 67.0) และเป็นญาติสายตรง (ร้อยละ 65.0) จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 38.8) มีอาชีพทำสวน ทำนา ทำไร่ (ร้อยละ 34.0) มีรายได้เฉลี่ย 8,201.55 บาท ซึ่งเพียงพอ (ร้อยละ 51.5) ผู้ดูแลใช้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 36.9) โดยให้การดูแลผู้ป่วยในทุกเรื่อง มีผู้ช่วยดูแลร้อยละ 42.7 ไม่เคยได้รับความรู้ (ร้อยละ 82.5) มีอารมณ์รัก ห่วงใยและเอื้ออาทร (ร้อยละ 30.1) และไม่มีผู้ป่วยอื่นในความดูแล (ร้อยละ 78.6)

สำหรับ ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ได้แก่ ศาสนา อารมณ์และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่ได้มีผลต่อความต้องการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (N=103)

	จำนวน (ร้อยละ)	M (S.D.)	F(t)	P
<b>เพศ</b>			0.337	0.563
หญิง	62 (60.2)	165.89 (23.80)		
ชาย	41 (39.8)	163.12 (23.50)		
<b>อายุ (ปี)</b> (Mean = 45.05, SD = 14.313, Max = 80, Min = 18)			1.274	0.285
18-30	19 (18.4)	167.70 (21.05)		
31-40	24 (23.3)	159.75 (23.88)		
41-50	23 (22.3)	167.95 (19.56)		
51-60	19 (18.4)	157.79 (28.68)		
> 60	18 (17.5)	171.78 (23.81)		
<b>ศาสนา</b>			5.198	0.025**
อิสลาม	83 (80.6)	167.34 (22.39)		
พุทธ	20 (19.4)	154.20 (26.11)		
<b>สถานภาพสมรส</b>			0.276	0.893
โสด	20 (19.4)	163.10 (25.89)		
คู่	69 (67.0)	165.65 (22.55)		
หม้าย	10 (9.7)	164.20 (32.18)		
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	4 (3.9)	156.25 (5.06)		
<b>ลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>			0.620	0.951
สายตรง (บิดา, มารดา, พี่, ภรรยา, บุตร)	67 (65.00)	164.89 (25.85)		
ญาติห่างๆ	36 (35.00)	164.58 (18.30)		
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.463	0.763
ไม่ได้รับการศึกษา	10 (9.7)	169.70 (13.36)		
ประถมศึกษา	40 (38.8)	164.60 (23.74)		
มัธยมศึกษา	24 (23.3)	160.29 (29.66)		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/ อนุปริญญา	5 (4.9)	166.00 (8.16)		
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	24 (23.3)	168.29 (22.55)		
<b>อาชีพ</b>			1.058	0.389
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	10 (9.7)	163.60 (18.44)		
ทำสวน ทำนา ทำไร่	35 (34.0)	160.51 (27.75)		
รับจ้าง	33 (32.1)	167.00 (18.62)		
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	13 (12.6)	177.00 (16.73)		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	12 (11.7)	163.83 (26.56)		
<b>รายได้ (บาท/ เดือน)</b> (Mean = 8,201.55, SD = 8,650.798, Max = 45,000, Min = 0)			0.195	0.940
<1,000	14 (13.6)	166.88 (18.88)		
1,001-5,000	43 (41.7)	166.36 (25.61)		
5,001-10,000	24 (23.3)	163.36 (23.10)		
10,001-15,000	7 (6.8)	161.25 (27.92)		
> 15,000	15 (14.6)	161.79 (23.41)		
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>			-0.647	0.519
เพียงพอ	53 (51.5)	163.32 (24.80)		
ไม่เพียงพอ	50 (48.5)	166.34 (22.41)		

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (N=103) (ต่อ)

	จำนวน (ร้อยละ)	M (S.D.)	F(t)	P
<b>ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย</b>			0.138	0.937
6 เดือน-1 ปี	26 (25.2)	166.50 (21.27)		
2-5 ปี	21 (20.4)	163.24 (26.29)		
6-10 ปี	18 (17.5)	162.56 (26.47)		
10 ปีขึ้นไป	38 (36.9)	165.53 (22.98)		
<b>ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย</b>			1.918	0.132
ดูแลผู้ป่วยทุกเรื่องคนเดียว (ทั้งการดูแลพยาบาล คำรักษาพยาบาล)	43 (41.7)	164.07 (24.00)		
ดูแลผู้ป่วยทุกเรื่องและมีผู้ช่วยดูแล	44 (42.7)	165.05 (23.79)		
ดูแลพยาบาลอาการป่วยเฉพาะเรื่อง	12 (11.7)	151.00 (20.41)		
อื่นๆ	4 (3.9)	167.00 (14.62)		
<b>การได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแล</b>			0.872	0.458
ไม่เคยได้รับความรู้	85 (82.5)	165.99 (22.19)		
เคยได้รับความรู้จาก อ่านหนังสือเอง	14 (13.6)	155.71 (31.84)		
แพทย์/ พยาบาล/ บุคลากรสาธารณสุข	3 (2.9)	172.67 (20.31)		
ญาติผู้ป่วยโรคจิต	1 (1.0)	166.00 (0.00)		
<b>อารมณ์และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>			2.718	0.010**
เศร้า ซึม เสียใจ	32 (30.8)	160.39 (20.85)		
เบื่อหน่าย อ่อนล้า	24 (23.2)	166.82 (22.15)		
หงุดหงิด โกรธ	26 (25.0)	164.36 (19.74)		
รัก ห่วงใย-เอาใจหา	68 (65.4)	157.33 (31.22)		
เครียด กังวล	39 (37.5)	175.91 (14.52)		
สงสาร	61 (58.5)	175.00 (7.65)		
รู้สึกเป็นภาระ	14 (13.5)	140.83 (37.03)		
ยอมรับ เต็มใจดูแล	65 (62.5)	188.50 (5.86)		
เฉยๆ	7 (6.7)	190.00 (0.00)		
<b>การมีผู้ป่วยอื่นในความดูแล*</b>			0.170	0.866
ไม่มี	81 (78.6)	165.04 (21.66)		
มี	22 (21.4)	163.86 (30.30)		

\* t-test, \*\* p < .05

## 2. ข้อมูลปัจจัยผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลที่บ้าน

ผู้ป่วยจิตเวชในความดูแลส่วนใหญ่มีอาการปานกลาง (ร้อยละ 45.6) ไม่ได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.1) ผู้ป่วยจิตเวชไม่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิต

(ร้อยละ 39.8) และได้รับการวินิจฉัยกลุ่มโรคครัทส์ F20-F29 (กลุ่มโรคจิตเภท ความผิดปกติแบบโรคจิตเภท และโรคหลงผิด) มากที่สุด (ร้อยละ 73.8) รองลงมา คือ F30-F39 (กลุ่มความผิดปกติทางอารมณ์) (ร้อยละ 22.3) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ปัจจัยของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลที่บ้านที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน  
(N=103)

	จำนวน (ร้อยละ)	M (S.D.)	F(t)	P
<b>ระดับความรุนแรงของอาการผู้ป่วยที่ดูแล</b>			0.748	0.476
ไม่รุนแรง	40 (38.8)	161.38 (24.69)		
ปานกลาง	47 (45.6)	167.60 (24.70)		
รุนแรง	16 (15.5)	165.06 (16.61)		
<b>ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากบุคลากรทางการแพทย์</b>			0.355	0.800
ไม่ได้รับเลย	66 (64.1)	166.08 (22.04)		
ได้รับการเยี่ยมจากทีมยะลา บัตตานี นราธิวาส	12 (11.7)	159.92 (33.06)		
โรงพยาบาลใกล้บ้าน	10 (9.7)	166.70 (27.96)		
บุคลากรสาธารณสุขอื่นๆ	15 (14.6)	161.73 (20.04)		
<b>จำนวนครั้งที่เคยนอนโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิต</b>			0.082	0.970
ไม่เคย	41 (39.8)	164.39 (20.77)		
1 ครั้ง	29 (28.2)	165.76 (27.54)		
2-5 ครั้ง	28 (27.2)	163.68 (24.93)		
6 ครั้งขึ้นไป	5 (4.9)	168.60 (18.84)		
<b>การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช</b>			6.769	0.002**
F20-F29	76 (73.8)	159.99 (24.76)		
F30-F39	23 (22.3)	179.09 (11.74)		
F99	4 (1.0)	173.75 (18.61)		

\*\* p < .05

ผลที่ได้จากตารางที่ 1 และ 2 แสดงตัวแปรอิสระเพียง 3 อย่าง คือ ศาสนา อารมณ์และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรคที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญ (p < .05)

### 3. ระดับความต้องการรายด้าน

เมื่อศึกษาระดับความต้องการรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบในชายแดนใต้ พบว่า ระดับความต้องการโดยรวมและรายด้าน ทุกด้านอยู่ในระดับมาก (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการรายด้านและโดยรวม (N=103)

ระดับความต้องการ	Mean	SD	ระดับ
ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย	3.51	0.73	มาก
ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร	3.46	0.77	มาก
ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย	3.41	0.82	มาก
ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม	3.27	0.94	มาก
ด้านการสนับสนุนระดับประคอง	3.23	0.91	มาก
<b>ความต้องการโดยรวม</b>	<b>3.37</b>	<b>0.83</b>	<b>มาก</b>



เมื่อนำปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านรายด้านมาวิเคราะห์พบว่า ศาสนามีผลต่อความต้องการด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ( $p = 0.006$ ) และด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ( $p = 0.004$ ), ปัจจัยด้านอารมณ์และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ( $p = 0.018$ ) และด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ( $p = 0.004$ )

ปัจจัยด้านการวินิจฉัยโรคที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า การวินิจฉัยโรคมีผลต่อความต้องการด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ( $p = 0.004$ ) ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ( $p = 0.003$ ) ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ( $p = 0.013$ ) และด้านการสนับสนุนระดับครอบครัว ( $p = 0.015$ ) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยส่วนบุคคลด้านศาสนา อารมณ์และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรคที่ส่งผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านรายด้าน (N=103)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความต้องการ	SS	df	MS	F	P	
ศาสนา	1 ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	371.604 4854.357	1 101	371.604 48.063	7.732	0.006*	
	รวม	5225.961	102				
	5 ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	255.694 2943.296	1 101	255.694 29.142	8.774	0.004*	
	รวม	3198.990	102				
	อารมณ์และความรู้สึกใน การดูแลผู้ป่วย	2 ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	624.991 2978.970	8 94	78.124 31.691	2.465	0.018*
		รวม	3603.961	102			
5 ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม		665.055 2533.935	8 94	83.132 26.957	3.084	0.004*	
รวม		3198.990	102				
การวินิจฉัยโรค		1 ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	543.639 4682.323	2 100	271.819 46.823	5.805	0.004*
		รวม	5225.961	102			
	2 ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	391.538 3212.423	2 100	195.769 32.124	6.094	0.003*	
	รวม	3603.961	102				
	3 ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	47.201 518.760	2 100	23.600 5.188	4.549	0.013*	
	รวม	565.961	102				
	4 ระหว่างกลุ่ม ภายในกลุ่ม	501.290 5757.545	2 100	250.645 57.575	4.353	0.015*	
	รวม	6258.835	102				

หมายเหตุ 1 = ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย 2 = ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร 3 = ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย 4 = ด้านการสนับสนุนระดับครอบครัว 5 = ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม

เมื่อนำข้อมูลด้านการวินิจฉัยโรคของผู้ป่วย ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ที่มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมาวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยวิธี LSD พบว่า มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 แสดงว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ที่บ้านที่มีผู้ป่วยในความดูแลเป็นโรคจิตเวช กลุ่มโรค F20-F29 มีระดับความต้องการการดูแลต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีผู้ป่วยในความดูแลเป็นโรคจิตเวชกลุ่มโรค F30-F39 และ F99 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน (N=103)

	ค่าเฉลี่ยของความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน		
	F20-F29	F30-F39	F99
	159.99	179.09	173.75
F20-F29	-	19.100*	13.763
F30-F39	-19.100*	5.337	-5.337
F99	-13.763	-	-

\* p = 0.001

## วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับความต้องการจากมากไปน้อย ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม และด้านการสนับสนุนระดับครอบครัว ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยรวมแล้ว พบว่า มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับมากด้วยเช่นกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบทของพื้นที่สถานการณ์ความไม่สงบจังหวัดชายแดนใต้ซึ่งมีปัญหาของอำนาจรัฐ<sup>10,11</sup> อันเป็นโครงสร้างที่มีความสำคัญอย่างยิ่ง ด้วยจากลักษณะสภาพแวดล้อมของพื้นที่ที่มีความแตกต่างหลากหลายทางสังคมและชาติพันธุ์<sup>12</sup> การเห็นห่างระหว่างองค์กรภาครัฐ และประชาชน<sup>12</sup> ประชาชนขาดความมั่นใจในการให้บริการจากภาครัฐ<sup>11</sup> รวมทั้งพยาบาลและแพทย์ที่มีความ

รู้สึกไม่ปลอดภัย รู้สึกเสี่ยงต่อการถูกทำร้าย ย่อมส่งผลกระทบต่อการทำงานเชิงรุก<sup>13</sup> เกิดความยากลำบากในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านหรือให้บริการแก่ประชาชน การลดทำงานเชิงรุก ทำให้เกิดระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม<sup>13</sup> และกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนที่อยู่ในพื้นที่<sup>14,15</sup> ทำให้ผู้ดูแลขาดการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตและการดูแล ถึงร้อยละ 82.5 และมีความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะด้านข้อมูลการดูแลผู้ป่วย ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล การส่งเสริมความรู้ความเข้าใจอาการ และวิธีการดูแลผู้ป่วย<sup>16,17</sup>

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความต้องการรายด้าน พบว่า ศาสนามีผลต่อความต้องการด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย และด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80.6) นับถือศาสนาอิสลาม และได้ใช้หลักศาสนาอิสลามในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งทราบกันดีอยู่แล้วว่า อัลลอฮ์ คือ ส่วนหนึ่งของชีวิต

การเกิดมาเป็นมนุษย์ และการได้รับอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต ล้วนแล้วแต่มองว่าเป็นการทดสอบจากอัลลอฮ์ ซึ่งมีหลักการสำคัญในการดูแลผู้ป่วย คือ ผู้ดูแลต้องให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่ดู พุดจาตีๆ พุดแต่เรื่องดีๆ กับผู้ป่วย หากผู้ป่วยมีกำลังใจดี ร่างกายก็จะดีตาม<sup>18</sup> เช่นเดียวกับผู้ดูแลที่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 19.4) ก็มีความต้องการให้ผู้ป่วยผ่อนคลายสบายใจ รวมทั้งการพูดให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้แข็งแรง<sup>19</sup> สามารถดูแล พึ่งพาตนเองได้ ดังนั้น การเยียวยาทางจิตใจทางศาสนา โดยใช้หลักศาสนา ทั้งหลักศรัทธา และหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลาม ซึ่งเป็นสิ่งที่มุสลิมทุกคนคำนึงถึงและมีอยู่แล้วในใจ ทำให้เข้าถึงจิตใจและจิตวิญญาณของผู้ป่วยได้ดี<sup>20</sup> สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าผู้ดูแลที่มีทักษะการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้นหลังการจัดอบรมให้ความรู้ ส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถฝึกฝนตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้<sup>21</sup> กล่าวได้ว่าการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยให้มีการตอบสนองทางด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อทางศาสนา จึงจะสามารถให้การดูแลทั้งทางร่างกายและทางจิตใจได้ครบถ้วนและสมบูรณ์แบบองค์รวม<sup>22</sup>

สำหรับปัจจัยด้านอารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแลที่มีผลต่อความต้องการด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร และด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา และวัฒนธรรม อาจเป็นไปได้ว่า ความสัมพันธ์อันดี และความใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นบุคคลภายในครอบครัว ทำให้ต้องการดูแลตามความเชื่อของครอบครัวและต้องการทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วย สอดคล้องกับผู้ดูแลที่ช่วยเหลือผู้ป่วยมากที่สุด คือ แม่ พี่ชาย/พี่สาว พ่อ และบุคลากรสาธารณสุขตามลำดับ<sup>23</sup> และข้อมูลทั่วไปของการศึกษาคั้งนี้ที่พบว่า ผู้ดูแลหลักคือ ญาติสายตรง (ร้อยละ 65.0) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยด้านความสัมพันธ์กับผู้ป่วย มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมาก

นัยสำคัญ<sup>24</sup> ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการในด้านการรู้และข้อมูลข่าวสาร ซึ่งอยู่ในระดับมาก (M = 3.46, SD = 0.77)

นอกจากนี้ พบว่า การวินิจฉัยโรคมีผลต่อความต้องการด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผน ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านการสนับสนุนระดับประคอง ยกเว้นด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลตระหนัก และเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลผู้ป่วยร่วมกับบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ปัจจัยสนับสนุนจากทีมสหวิชาชีพ ยังเป็นปัจจัยที่สำคัญและบ่อยครั้งผู้ดูแลจะขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยและใช้ประสบการณ์ที่แตกต่างกันในการดูแล<sup>25</sup> ดังนั้น ความต้องการการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีโอกาสซักถามให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย ตลอดจนบอกข้อจำกัดของผู้ป่วย และผู้ดูแลที่เกิดขึ้นได้<sup>26</sup> เช่นเดียวกับความต้องการด้านการสนับสนุนระดับประคองอยู่ในระดับมากเช่นกัน ซึ่งเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้ว การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า และเป็นภาระกับผู้ดูแล จากการศึกษาของมูรีตานิ<sup>27</sup> พบว่า ผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปานกลาง และความเครียดมักสอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ และสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ตลอดไป ประกอบกับลักษณะอารมณ์ของผู้ดูแลที่พบว่า ส่วนใหญ่มีความรัก ห่วงใยและเอื้ออาทร (ร้อยละ 65.4) และการยอมรับ เต็มใจดูแล (ร้อยละ 62.5)

เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยในครอบครัวเป็นโรคจิตเวช

กลุ่มโรคจิตเภท มีความต้องการการดูแลต่ำกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีผู้ป่วยในความดูแลเป็นโรคจิตเวช กลุ่มโรคอารมณ์ และโรคจิตเวชไม่ทราบสาเหตุ อธิบายได้ว่า ลักษณะอาการ พยาธิสภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยจะมีอาการที่ไม่คงที่ และเปลี่ยนแปลงบ่อยครั้ง โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีอารมณ์แปรปรวน (F30-F39) ที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์กำเริบได้ง่าย เมื่อมีความรู้สึกถึงภาวะเครียด<sup>28</sup> ซึ่งผู้ป่วยต้องเผชิญในชีวิตประจำวัน ประกอบกับผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านอารมณ์มาก มีวิธีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสม มีระดับการทำงานที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในบางครั้ง รวมทั้งระดับทักษะทางด้านสังคมที่พบว่ายังอยู่ในระดับปานกลาง<sup>29</sup> อาจมีผลต่อพฤติกรรมที่มักจะทำก่อให้เกิดความวุ่นวาย ยุ่งยากต่อการจัดการ จากปัญหาดังกล่าว อาจนำไปสู่ความวิตกกังวลของผู้ดูแล เป็นไปได้ว่า ผู้ดูแลต้องการการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ที่ไม่สงบ เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ หรือกลับเป็นซ้ำ ผู้ดูแลอาจไม่สะดวกหรือยุ่งยากในการพาผู้ป่วยมารับการรักษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลากลางคืน ดังนั้นการเสริมหรือฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยในด้านนี้จึงมีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยโรคด้วย

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เกิดจากข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลชาวไทยมุสลิม ทำให้ทราบถึงความต้องการของผู้ดูแลที่สามารถตอบสนองความต้องการของประชากรตามบริบทของพื้นที่ได้ แต่อาจจะยังไม่เป็นตัวแทนที่ดีของกลุ่มประชากรไทยพุทธ ดังนั้นจึงควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของชาวไทยพุทธเพิ่มขึ้น และพัฒนากลยุทธ์ในการบริการเชิงรุกของบุคลากรสาธารณสุขที่ผู้ดูแลต้องการ

## สรุป

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในสถานการณ์ความไม่สงบชายแดนใต้ มีความต้องการโดยรวม และรายด้านในระดับมาก ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย ด้านความรู้และข้อมูลข่าวสาร ด้านการฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย ด้านการดูแลตามความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม และด้านการสนับสนุนระดับครอบครัว โดยปัจจัยด้านศาสนา อารมณ์และความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย และการวินิจฉัยโรค มีผลต่อความต้องการของผู้ดูแล ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหากลยุทธ์ที่หลากหลายที่สามารถสนับสนุน และส่งเสริมทางปัจจัยส่วนบุคคล เพื่อให้ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างแท้จริง

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ ได้รับทุนวิจัยจากมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑลารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ทีมนักวิจัย ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูล และ ดร.ชวีญจิต มหากิตติคุณ ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนาโครงการวิจัยนี้ และสนับสนุนด้านกำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา

## เอกสารอ้างอิง

1. Deep south incidents database [Internet]. Pattani: DSID Database: Analysis of unrest in southern border provinces in 2015; c2016-17 [updated 2016 Jan 4; cited 2016 Nov 1]. Deep South Watch; [about 2 screens]. Available from: <http://www.deepsouthwatch.org/node/794>

2. Boyd MA. Psychiatric nursing: Contemporary practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.
3. Bartol GM, Moon E, Linto M. Nursing assistance for families of patients. *Journal of Psychosocial Nursing* 1994; 12:12-29.
4. Evans A. Lived experience of caring for a family member with schizophrenia [dissertation]. Danton, Texas: Texas Woman's University; 2006.
5. Sreeja J A. Family caregiver burden in schizophrenia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Education* [Internet]. 2013. [cited 2017 Jan 15]; 5: 214-7. Available from: <https://search.proquest.com/docview/1466131721?accountid=28431>
6. Paurpan W, Chetchaovalit T, Intanon T. Thai muslim caregivers' needs in caring for schizophrenia patients at home: A case study Suansaranrom Hospital, Suratthani Province [Thesis]. Songkhla, Hat Yai: Prince of Songkla University; 2004.
7. Chetchaovalit T, Nukhaw O, Prabgree S, Suwaluk Y. Family behavior in the care of indigenous psychiatric patients in southern Thailand. *Songklanagarind Journal of Nursing* 1999; 19: 23-37.
8. Chetchaovalit T, Kanchong W, Wae-alee D, Setthawatcharawanit S. Needs of caregivers in caring for psychiatric patients at homes under unrest situation in three Southern border provinces [research report]. Songkhla, Hat Yai: Prince of Songkla University; 2015.
9. Kirk RE. Experimental design: Procedures for the behavioral sciences. London: Brook/ Cole Publishing Company; 1995.
10. Jitpiromsri S, Lungputae S. Conflict Management in the Southern Border Provinces [Internet]. 2008. [cited 2017 Mar 28]. Available from: <http://www.peace.mahidol.ac.th/th/document/public%20policy/2.pdf>
11. Sanongphan S. The Political Violence in the Three Southern Border Provinces of Thailand. *RMUTSV Research Journal* 2011; 4:31-45.
12. Boonrith B. Southern Insurgency in the Three Border Provinces, Local People Identity and Government Official Behavior. *Kasem Bundit Journal* 2013; 14:46-58.
13. Kraonual S, Hattakit U, Boonyasupan U. Impacts of the Unrest Situation on Nurses Practicing in the Three Southern Border Provinces. *Rama nursing journal* 2009; 15:284-98.
14. Buddhachart P. Factors influencing quality of life of physicians in the three southern border provinces of Thailand. *Songkla Medicine Journal* 2007; 25:29-37.
15. Rodjanahatsadin A. Quality of Work Life of Administrative Organization Personnel in Southern Border Provinces: A Case Study of District of Saiburi, Pattani Province. *Journal of Southern Technology* 2013; 6: 27-32.
16. Kittivittayakul P, Chunhawiksit W. The needs and related factors of caregivers when caring for epileptic children. *Songkla Medication Journal* 2008; 26:339-47. Thai.

17. Tongsai S. Caring for patients with schizophrenic in the context of sustainable Thai society, *Journal of Nursing Division* 2015; 42: 159-67.
18. MuslimThaipost.com [Internet]. Bangkok: MuslimThainews, Inc; c2016-17 [updated 2016 Dec 23; cited 2017 Sep 6]. Available from <http://islamhouse.muslimthaipost.com/main/index.php?page=sub&category=30&id=20484>
19. Chetchaovalit T, Suttharangsee W, Piboonrungraj P., Sangdee S., Suwaluk Y. Family's caring for psychiatric patients based on Buddhist's Lifeways, *Songklanagarind Journal of Nursing* 2016; 36: 115-26.
20. Suanphiroth S. Understandings Access and Development: Principles of Islam for Healing Heart when it is crisis. *Journal of Education* 2012; 24: 29-41.
21. Sumahingpan S, Nupan Ch, Bualoi J. An improvement of psychiatric patient care by caregivers and network in their community [Internet]. Buriram: Sathong Tambon Health Promoting Hospital; 2012 [cited 2017 Sep 6]. Available from [http://203.157.162.13/~no\\_nghong/nonghong/pdf/Pattanayut/R2R\\_2555/2554\\_Sumran.pdf](http://203.157.162.13/~no_nghong/nonghong/pdf/Pattanayut/R2R_2555/2554_Sumran.pdf)
22. Permkasikorn P. Nursing care for patient according to Buddhist principle [dissertation]. Bangkok: Mahachulalongkornrajavidyalaya university; 2013.
23. Boontoch K, Sricamsuk Saito A, Arunpongpaissal S. Social support in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Association of Thailand* 2013; 58 :89-100.
24. Thamangklang W [Internet]. Khon Kaen: A study of the burden of schizophrenic caregivers. Khon Kaen Psychiatric Hospital; c2002-16 [updated 2016; cited 2017 Apr 11]. Department of Mental Health; [about 2 screens]. Available from: <http://www.dmh.go.th/abstract/details.asp?id=1614>
25. Stuart GW, Laraia MT. Principle and practice of psychiatric nursing. 7th Ed. St.Louis Missouri: Mosby; 2001.
26. Tanin M. Stress and coping behavior of caregivers of schizophrenia patients [Internet]. n.d [cited 2017 Mar 28]. Available from: [http://110.164.162.12/k\\_sty/index.php/2012-03-20-09-20-46/2012-06-27-03-08-58/30-2012-03-16-08-08-37.html](http://110.164.162.12/k_sty/index.php/2012-03-20-09-20-46/2012-06-27-03-08-58/30-2012-03-16-08-08-37.html)
27. Wae-alee D. Using Islamic principles to cope with crisis. 2011 [cited 2017 Apr 12]. Available from: <http://muslimchiangmai.net/index.php?topic=4825.0;wap2>
28. Wongpakaran T. The treatment outcome of depressive disorders in hospital-based psychiatric patients: a prospective study. [Internet]; 2016 [cited 2017 Sep 4]. Available from [http://www.damus.in.th/amus/files/83\\_20120904104847\\_Thaisad\\_Report\\_May8%202011\\_SK-Edit.pdf](http://www.damus.in.th/amus/files/83_20120904104847_Thaisad_Report_May8%202011_SK-Edit.pdf)
29. Chaiyalap S, Viriyakosol A. Home visit to patients with mental illness in the community after returning to society. *Kuakarun Journal of Nursing* 2014, 21 Suppl 1: S139-54.