



# ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## Factors Associated with Caregiver Burden of Schizophrenia Patients

ฐิติยาภรณ์ พิมวรรณ\*, นิสิตา นาทประยูทธ์\*

Thitiyaphorn Pimwan\*, Nisita Natprayut\*

\* กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

\* Social Medicine Department, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์** เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**วิธีการศึกษา** เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพของผู้ดูแล และแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทด้วยสถิติ multiple logistic regression นำเสนอโดย odds ratio

**ผลการศึกษา** ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 80 ราย อายุเฉลี่ย  $55.2 \pm 13.69$  ปี เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.5 เป็นบิดาหรือมารดาของผู้ป่วยร้อยละ 38.8 ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 38.8 จำแนกความรู้สึกเป็นภาระน้อยร้อยละ 26.2 ความรู้สึกเป็นภาระปานกลางร้อยละ 6.3 และความรู้สึกเป็นภาระมากร้อยละ 6.3 โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระคือ จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยสามารถร่วมกันอธิบายความรู้สึกเป็นภาระได้ร้อยละ 21.69

**สรุป** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยปัจจัยทั้งจากผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**คำสำคัญ** ภาระ ผู้ดูแล จิตเภท

Corresponding author: ฐิติยาภรณ์ พิมวรรณ

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2564; 66(2): 203-216

## ABSTRACT

**Objective :** To study factors associated with caregiver burden of schizophrenia patients

**Methodology :** This study was a cross-sectional survey study of schizophrenia patients' caregivers in the urban area of Nakhon Ratchasima. Data were collected by using a questionnaire about the demographic data of caregiver and schizophrenia patient, a questionnaire about the health of caregiver and Zarit burden interview (Thai version). Data were analyzed by descriptive statistics and analytical statistics by using multiple logistic regression presented with odds ratio.

**Results :** Eighty caregivers were included in this study. Mean age was  $55.2 \pm 13.69$  years. 72.5 % were female participants. Caregiver burden was reported at 38.8 %. Caregiver burden can be divided into 3 levels: which was mild caregiver burden 26.2%, moderate 6.3%, and severe 6.3%. Factors associated with caregiver burden of schizophrenia patients are the time to spend for caregiving (hours/day) and the history of medication used.

**Conclusions :** Factor associated with caregiver burden of schizophrenia patients are both caregiver's and patients' factors. Most caregivers do not have caregiver burden.

**Keywords :** burden, caregiver, schizophrenia

---

Corresponding author: Thitiyaphorn Pimwan

J Psychiatr Assoc Thailand 2021; 66(2): 203-216

## บทนำ

โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นโรคจิตเวชเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุด อาการของผู้ป่วยอาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงได้ จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนประมาณ 20 ล้านคนทั่วโลก<sup>1</sup> สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีอัตราป่วยร้อยละ 1 ของประชากรทั้งหมด<sup>2</sup> นอกจากนี้โรคจิตเภทยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะบกพร่องทางสุขภาพ โดยมีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาจะมีระยะเวลาบกพร่องทางสุขภาพประมาณ 15 ปี ส่วนกลุ่มที่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาจะมีระยะเวลาบกพร่องทางสุขภาพประมาณ 8 ปี<sup>3</sup>

ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่ผิดปกติ มักเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเพียงร้อยละ 20-30 ของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดสามารถหายากลับมาเป็นปกติได้ (full remission)<sup>3</sup> ส่วนผู้ป่วยที่เหลือจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ได้ตลอดชีวิต<sup>4</sup> จึงส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในด้านต่างๆ ทั้งในด้านสุขอนามัย ความรับผิดชอบ การเรียน การทำงาน สัมพันธภาพ การเข้าสังคม และการสื่อสารกับผู้อื่น<sup>3</sup> ผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver) จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี<sup>5</sup> ในทางกลับกันหากผู้ดูแลเกิดความเครียดหรือความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (caregiver burden) ย่อมส่งผลต่ออาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

ดังนั้นความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลจึงเป็นปัญหาหนึ่งที่สำคัญ เนื่องจากความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลไม่ใช่โรคที่มีหลักการวินิจฉัยและอาการแสดงที่ชัดเจน แพทย์อาจพลาดโอกาสการทำความเข้าใจและช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ได้ ผู้ดูแลจึงเปรียบเสมือนผู้ป่วยที่ถูกลี้ม (hidden patient) จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 เกิดความรู้สึกเป็น

ภาระของผู้ดูแล<sup>6</sup> โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ เพศ อายุ โรคประจำตัว รายได้ ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ความทุกข์หรืออุปสรรคในการดูแล ประสบการณ์ในการรับมือกับปัญหาของผู้ดูแล อาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทใน 1 ปีที่ผ่านมา<sup>7</sup> การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ของผู้ป่วยจิตเภท การบกพร่องในหน้าที่ ภาวะอารมณ์รุนแรง ก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท<sup>8</sup> และการสนับสนุนของครอบครัว<sup>8-11</sup> ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยในมิติด้านร่างกาย

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา มีจำนวนมากถึงร้อยละ 44.0 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเภททั้งจังหวัด และประชาชนในเขตเมืองส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว ระบบบริการสาธารณสุขจึงเป็นแหล่งการสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญในการช่วยเหลือดูแลทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ดังเช่นบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มุ่งเน้นการดูแลทั้งครอบครัวและเป็นองค์รวม (holistic care) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทเมืองที่ครอบคลุมทั้งปัจจัยในมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อเข้าใจบริบทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าจะเป็นประโยชน์ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ระยะเวลาศึกษา ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 มกราคม พ.ศ. 2564

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างประชากร ใช้สูตรเปรียบเทียบค่าสัดส่วนระหว่างประชากรสองกลุ่มในการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ค่าอ้างอิงที่ใช้ในการคำนวณมาจากการศึกษาเรื่อง ภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดย Sangsirilak<sup>6</sup> โดยผู้วิจัยเลือกปัจจัยการใช้แอลกอฮอล์ในช่วง 1 เดือนของผู้ป่วยมาใช้ในการคำนวณผลการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างประชากรทั้งหมด 64 ราย คิดประชากรเพิ่มร้อยละ 20.0 เพื่อป้องกันการสูญหาย ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่าง 80 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (inclusion criteria) คือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภท อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผู้ดูแลหลักไม่มีโรคประจำตัวทางด้านจิตเวช หรือโรคทางระบบประสาทอื่นๆ ที่ไม่สามารถให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและสัมภาษณ์ได้, ผู้ดูแลหลักอายุ 18-75 ปีและผู้ดูแลหลักสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ ผู้ดูแลหลักที่ไม่สามารถสื่อสารโดยวิธีการเขียนหรือพูดได้

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เลขที่รับรอง 108/2020

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรสโรคประจำตัว ข้อมูลการใช้เครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์ระยะเวลาในการดูแล (ปี) จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน จำนวนชั่วโมงในการพักผ่อนต่อวัน การมีบุคคลอื่นช่วยดูแล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 มิติด้านร่างกาย ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

1) แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 30 25 ของคนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปด้านการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง<sup>12</sup> โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ และภาควิชาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในด้านการคงดูแลรักษาสุขภาพตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.710 ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ มีคำถามเชิงบวกและเชิงลบ มีคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยคำถามเชิงบวกมีคะแนน 0-4 เรียงลำดับตั้งแต่ความถี่ในการปฏิบัติ 6-7 วัน/สัปดาห์จนถึงไม่ได้ปฏิบัติ คำถามเชิงลบให้คะแนนกลับกัน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 0-40 คะแนน โดย 0-19 คะแนนหมายถึงพฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเองไม่ดี 20-31 คะแนนหมายถึง พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเองพอใช้ 32-40 คะแนนหมายถึง พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเองดีมาก

2) แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เป็นแบบวัดการรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับสุขภาพด้านร่างกายจิตใจและผลกระทบจากการดูแล โดยใช้แบบสอบถามภาวะสุขภาพเอสเอฟ 12 (short form health survey; SF-12) ฉบับภาษาไทยที่พัฒนาขึ้นจากองค์การ quality metric incorporated ในประเทศสหรัฐอเมริกา Tongmon<sup>13</sup> นำเครื่องมือไปใช้ และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.95 ประกอบด้วยแบบสอบถาม 12 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามภาวะสุขภาพโดยทั่วไป ข้อคำถามที่เกี่ยวกับข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจในช่วงเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา และข้อคำถามเกี่ยวกับความเจ็บ

ปวดที่มีต่อการทำงานในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนรวมอยู่ในช่วงคะแนน 0-100 คะแนนโดย คะแนนรวมน้อยกว่า 50 คะแนนหมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลไม่ดี คะแนนรวม 50 คะแนนขึ้นไปหมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลดี ประเมินผลแบ่งเป็นด้านร่างกาย ซึ่งผู้วิจัยเลือกใช้ในการประเมินในมิติด้านร่างกาย ส่วนด้านจิตใจ ผู้วิจัยเลือกประเมินในมิติด้านจิตใจ

ตอนที่ 2 มิติด้านจิตใจ ใช้เครื่องมือดังต่อไปนี้

1) แบบวัดการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale) แปลเป็นภาษาไทยโดย Mingkwan<sup>14</sup> ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด 36 ข้อ แบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา จำนวน 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และด้านด้านการจัดการปัญหาทางอ้อม 14 ข้อ การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับคะแนนคือไม่เคยเลยถึงเกือบทุกครั้ง ให้คะแนน 1-5 คะแนน การแปลผลคะแนนค่าเฉลี่ยในด้านใดมากที่สุดแสดงว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีวิธีการเผชิญความเครียดลักษณะนั้น

2) แบบประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล<sup>13</sup> มีการตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เกณฑ์การให้คะแนนและการแปลผล ดังที่กล่าวในส่วนของมิติด้านร่างกาย

ตอนที่ 3 มิติด้านสังคม ใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดย ศิริภานันท์พงษ์<sup>15</sup> ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.97 ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อแบ่งเป็นด้านต่างๆ ด้านละ 5 ข้อดังนี้ ด้านการได้รับความรักใคร่ผูกพัน ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่าในตนเอง ด้านการได้เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการได้เอื้อประโยชน์หรือช่วย

เหลือผู้อื่น และด้านการได้รับการช่วยเหลือแนะนำต่างๆ การให้คะแนนคำถามเชิงบวก 20 ข้อให้คะแนนคือไม่เห็นด้วยอย่างมากถึงเห็นด้วยอย่างมากให้คะแนน 1-7 คะแนน และคำถามเชิงลบ 5 ข้อให้คะแนนกลับกัน การแปลผลคะแนนคือคะแนน 25-100 คะแนนหมายถึง การสนับสนุนทางสังคมต่ำ และคะแนน 101-175 คะแนนหมายถึง การสนับสนุนทางสังคมสูง

ตอนที่ 4 มิติด้านจิตวิญญาณ ใช้แบบสอบถามความผาสุกทางจิตวิญญาณ พัฒนาขึ้นโดยเมตตามะโนศรี<sup>16</sup> ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86 การให้คะแนนคำถามเชิงบวก 11 ข้อให้คะแนนคือไม่เห็นด้วยอย่างมากถึงเห็นด้วยมากที่สุดให้คะแนน 1-6 คะแนน และคำถามเชิงลบ 9 ข้อให้คะแนนกลับกัน การแปลผลคะแนนคือคะแนน 20-40 คะแนนหมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับต่ำ คะแนน 41-99 คะแนนหมายถึง ความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง คะแนน 100-120 คะแนนหมายถึงความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย เกิดจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพสมรสโรคประจำตัวอื่น ข้อมูลการใช้เครื่องมือที่มีแอลกอฮอล์ ระยะเวลาป่วย จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี

ส่วนที่ 4 แบบวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ใช้แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังโดย Toonsiri และคณะ<sup>17</sup> ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.92 แปลมาจาก Zarit Burden Interview โดยมีคำถาม 22 ข้อการให้คะแนนในแต่ละแบ่งเป็น 5 ระดับคะแนน คือ ไม่เคยเลยถึงเป็นประจำให้

คะแนน 0-4 คะแนน การแปลผล คือ นำคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อมารวมกัน และแปลผลคะแนน เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่มตัวอย่าง คือคะแนน 0-20 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คะแนน 21-88 คะแนน จัดอยู่ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยคะแนน 21-40 มีความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับน้อยคะแนน 41-60 มีความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลางและคะแนน 61-88 มีความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับมาก

### การเก็บข้อมูล

1) ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภท ที่อาศัยภายในเขตพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา ในปีงบประมาณ 2561-2563 โดยได้ข้อมูลรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทแยกเป็นรายตำบลจากกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีอาศัยความสะดวก (convenient sampling) โดยเลือกเก็บข้อมูลผู้ป่วยในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมากเป็นหลัก

2) ติดต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อสอบถามข้อมูลผู้ดูแลและขออนุญาตใช้สถานที่ในการตอบแบบสอบถาม

3) ติดต่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททางโทรศัพท์ โดยแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย หากผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงนัดหมายวัน เวลา และสถานที่เก็บข้อมูล

4) ก่อนเริ่มเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย และลงลายมือชื่อในเอกสาร เก็บข้อมูล โดยให้ผู้ดูแลใช้เวลาประมาณ 60 นาทีในการตอบแบบสอบถาม หากผู้ดูแลไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถามเอง ผู้วิจัยสามารถช่วยอ่านให้ฟังได้

โดยการตอบในแต่ละข้อขึ้นอยู่กับดุลพินิจของผู้ดูแลเท่านั้น

**การวิเคราะห์ข้อมูล** สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยความสัมพันธ์ 2 ชั้นตอน โดยวิธี bivariable analysis วิเคราะห์โดยใช้ สถิติ Fisher's exact test จากนั้นคัดเลือกตัวแปรที่มี p-value < 0.2 เข้า multivariable analysis โดยใช้สถิติ multiple logistic regression แสดงผลด้วย odds ratio และ 95%CI กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA version 11 ในการวิเคราะห์

### ผลการศึกษา

ผลการศึกษพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 80 ราย มีความรู้สึกเป็นภาระ 31 ราย (ร้อยละ 38.8) จำแนกเป็นความรู้สึกเป็นภาระน้อย 21 ราย (ร้อยละ 26.2) ความรู้สึกเป็นภาระปานกลาง 5 ราย (ร้อยละ 6.3) และความรู้สึกเป็นภาระมาก 5 ราย (ร้อยละ 6.3) โดยผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย  $55.24 \pm 13.69$  ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 58 ราย (ร้อยละ 72.5) สถานภาพสมรส 52 ราย (ร้อยละ 65.0) ระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา 40 ราย (ร้อยละ 50.0) มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นบิดาหรือมารดา 31 ราย (ร้อยละ 38.8) ไม่มีโรคประจำตัว 42 ราย (ร้อยละ 52.5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 62 ราย (ร้อยละ 77.5) (ตารางที่ 1)

**ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน ( $p = 0.001$ ) โดยผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระ 11 ราย (ร้อยละ 35.5) และ 9 ราย (ร้อยละ 29.0) ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน 9-12 ชั่วโมง และ 4-8 ชั่วโมงตามลำดับ แต่ผู้ดูแลที่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่าครึ่งคือ 25 ราย (ร้อยละ 51.0) ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยต่อวันน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ทั้งนี้ปัจจัยข้อมูลทั่วไปด้านอื่นๆ เช่น เพศ สถานภาพสมรส ระยะเวลาตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย การมีบุคคลอื่นช่วยดูแล ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ตารางที่ 1)

**ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** ข้อมูลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย วิธีการเผชิญความเครียด ภาวะสุขภาพด้านจิตใจ การสนับสนุนทางสังคม และความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลทั้งสองกลุ่มคือ มีความรู้สึกเป็นภาระและไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ มีภาวะสุขภาพด้านร่างกายดี 25 ราย (ร้อยละ 80.6) และ 42 ราย (ร้อยละ 85.7) ตามลำดับ และมีการสนับสนุนทางสังคมสูง 29 ราย (ร้อยละ 93.5) และ 48 ราย (ร้อยละ 98.0) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

**ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวอื่น ข้อมูลการใช้เครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์ ระยะเวลาการป่วยด้วย

โรคจิตเภท จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี และประวัติการใช้ยา ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่มคือ มีความรู้สึกเป็นภาระและไม่มีความรู้สึกเป็นภาระ ไม่มีการใช้เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 21 ราย (ร้อยละ 67.7) และ 41 ราย (ร้อยละ 83.7) ตามลำดับ และมีประวัติการใช้ยาสม่ำเสมอ 22 ราย (ร้อยละ 71.0) และ 43 ราย (ร้อยละ 87.8) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

**ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท** ในขั้นตอนการวิเคราะห์ bivariate analysis พบปัจจัยที่ต้องนำเข้าสู่ขั้นตอนการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทดังนี้ ด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และจำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน ด้านข้อมูลสุขภาพของผู้ดูแล ได้แก่ ภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแล และด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ และประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน และประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วย 9-12 ชั่วโมงต่อวันจะมีความรู้สึกเป็นภาระ 30.29 เท่า (95%CI = 4.84, 189.53) ของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้ยาไม่สม่ำเสมอจะมีความรู้สึกเป็นภาระ 5.74 เท่า (95%CI = 1.27, 25.83) ของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีประวัติการใช้ยาสม่ำเสมอ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	ไม่มี (n=49)	มี (n=31)	
<b>เพศ</b>			0.803
หญิง	36 (73.5)	22 (71.0)	
ชาย	13 (26.5)	9 (29.0)	
<b>อายุ (ปี)</b>			0.183
18-30	5 (10.2)	1 (3.2)	
31-45	10 (20.4)	2 (6.5)	
46-60	16 (32.7)	11 (35.5)	
61-75	18 (36.7)	17 (54.8)	
<b>สถานภาพ</b>			1.000
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	17 (34.7)	11 (35.5)	
สมรส	32 (65.3)	20 (64.5)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.792
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	26 (53.1)	14 (45.2)	
มัธยมศึกษา	13 (26.5)	10 (32.2)	
อนุปริญญาขึ้นไป	10 (20.4)	7 (22.6)	
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>			0.147
บิดา/มารดา	14 (28.6)	17 (54.9)	
พี่น้อง	16 (32.6)	4 (12.9)	
สามี/ภรรยา	9 (18.4)	5 (16.1)	
บุตร	8 (16.3)	4 (12.9)	
หลาน	2 (4.1)	1 (3.2)	
<b>โรคประจำตัว</b>			0.648
มีโรคประจำตัว	22 (44.9)	16 (51.6)	
ไม่มีโรคประจำตัว	27 (55.1)	15 (48.4)	
<b>อาชีพ</b>			0.975
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	14 (28.6)	10 (32.2)	
รับจ้างทั่วไป	16 (32.7)	9 (29.0)	
ธุรกิจส่วนตัว	11 (22.4)	8 (25.8)	
ข้าราชการ	5 (10.2)	2 (6.5)	
พนักงานเอกชน	3 (6.1)	2 (6.5)	
<b>รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)</b>			1.000
< 10000	35 (71.4)	22 (71.0)	
10000-20000	7 (14.3)	5 (16.1)	
> 20000	7 (14.3)	4 (12.9)	



ตารางที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	ไม่มี (n=49)	มี (n=31)	
<b>แหล่งที่มาของรายได้</b>			0.551
ตนเองทางเดียว	11 (22.4)	9 (29.0)	
ผู้อื่นทางเดียว	7 (14.3)	2 (6.5)	
ตนเองและผู้อื่น	31 (63.3)	20 (64.5)	
<b>ความพอเพียงของรายได้</b>			0.644
พอเพียง	29 (59.2)	16 (51.6)	
ไม่พอเพียง	20 (40.8)	15 (48.4)	
<b>ข้อมูลการใช้เครื่องดื่มน้ำดื่มที่มีแอลกอฮอล์</b>			0.639
ไม่ดื่มเลย	36 (73.5)	26 (83.9)	
ดื่มบ้าง 1-3 วันต่อสัปดาห์	12 (24.5)	5 (16.1)	
ดื่มเป็นประจำ 4-7 วันต่อสัปดาห์	1 (2.0)	0 (0.0)	
<b>ระยะเวลาตั้งแต่ดูแลผู้ป่วย (ปี)</b>			0.368
< 5	12 (24.5)	6 (19.3)	
5-10	13 (26.5)	4 (13.0)	
11-15	8 (16.3)	6 (19.3)	
>15	16 (32.7)	15 (48.4)	
<b>จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง)</b>			0.001*
< 4	25 (51.0)	4 (12.9)	
4-8	12 (24.5)	9 (29.0)	
9-12	3 (6.1)	11 (35.5)	
>12	9 (18.4)	7 (22.6)	
<b>การมีบุคคลอื่นช่วยดูแล</b>			0.477
มี	33 (67.4)	18 (58.1)	
ไม่มี	16 (32.6)	13 (41.9)	
<b>จำนวนชั่วโมงพักผ่อนต่อวัน (ชั่วโมง)</b>			0.980
< 4	6 (12.2)	4 (12.9)	
4-8	26 (53.1)	18 (58.1)	
9-12	14 (28.6)	8 (25.8)	
> 12	3 (6.1)	1 (3.2)	
<b>การเดินทางเพื่อมาพบแพทย์</b>			0.733
สะดวก	42 (85.7)	28 (90.3)	
ไม่สะดวก	7 (14.3)	3 (9.7)	

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลสุขภาพของผู้ดูแลกับความรู้สึกเป็นการะของผู้ดูแล

ข้อมูลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ความรู้สึกเป็นการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท n, (%)		p-value
	ไม่มี (n=49)	มี (n=31)	
<b>พฤติกรรมด้านการดูแลสุขภาพตนเอง</b>			0.931
ไม่ดี	8 (16.3)	6 (19.3)	
พอใช้	36 (73.5)	22 (71.0)	
ดีมาก	5 (10.2)	3 (9.7)	
<b>ภาวะสุขภาพด้านร่างกายของผู้ดูแล</b>			0.552
ไม่ดี	7 (14.3)	6 (19.4)	
ดี	42 (85.7)	25 (80.6)	
<b>วิธีการเผชิญความเครียด</b>			0.855
การเผชิญหน้ากับปัญหา	10 (20.4)	6 (19.4)	
การจัดการอารมณ์	28 (57.1)	20 (64.5)	
การจัดการปัญหาทางอ้อม	11 (22.5)	5 (16.1)	
<b>ภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแล</b>			0.111
ไม่ดี	19 (38.8)	18 (58.1)	
ดี	30 (61.2)	13 (41.9)	
<b>การสนับสนุนทางสังคม</b>			0.556
ต่ำ	1 (2.0)	2 (6.5)	
สูง	48 (98.0)	29 (93.5)	
<b>ความผาสุกทางจิตวิญญาณ</b>			0.351
ระดับปานกลาง	40 (81.6)	28 (90.3)	
ระดับสูง	9 (18.4)	3 (9.7)	

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกับความรู้สึกเป็นการะของผู้ดูแล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท	ความรู้สึกเป็นการะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท n, (%)		p-value
	ไม่มี (n=49)	มี (n=31)	
<b>เพศ</b>			0.168
หญิง	21 (42.9)	19 (61.3)	
ชาย	28 (57.1)	12 (38.7)	
<b>อายุ (ปี)</b>			0.179
≤30	2 (4.1)	4 (12.9)	
31-45	9 (18.4)	10 (32.3)	
46-60	25 (51.0)	12 (38.7)	
≥61	13 (26.5)	5 (16.1)	
<b>สถานภาพ</b>			1.000
โสด/หม้าย/หย่าร้าง	37 (75.5)	24 (77.4)	
สมรส	12 (24.5)	7 (22.6)	
<b>ระดับการศึกษา</b>			0.808
ต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษา	30 (61.2)	17 (54.9)	
มัธยมศึกษา	12 (24.5)	9 (29.0)	
อนุปริญญาขึ้นไป	7 (14.3)	5 (16.1)	
<b>โรคประจำตัวอื่น</b>			1.000
มีโรคประจำตัว	35 (71.4)	22 (71.0)	
ไม่มีโรคประจำตัว	14 (28.6)	9 (29.0)	
<b>ข้อมูลการใช้เครื่องดื่มน้ำที่มีแอลกอฮอล์</b>			0.239
ไม่ดื่มเลย	41 (83.7)	21 (67.7)	
ดื่มบ้าง 1-3 วันต่อสัปดาห์	5 (10.2)	6 (19.4)	
ดื่มเป็นประจำ 4-7 วันต่อสัปดาห์	3 (6.1)	4 (12.9)	

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท	ความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท n, (%)		p-value
	ไม่มี (n=49)	มี (n=31)	
ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคจิตเภท (ปี)			0.539
<5	8 (16.3)	3 (9.7)	
5-10	17 (34.7)	8 (25.8)	
11-15	7 (14.3)	4 (12.9)	
>15	17 (34.7)	16 (51.6)	
จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ในระยะเวลา 1 ปี			0.761
ไม่มี	11 (22.5)	8 (25.8)	
1-5 ครั้ง	23 (46.9)	16 (51.6)	
มากกว่า 5 ครั้ง	15 (30.6)	7 (22.6)	
ประวัติการใช้ยา			0.080
สม่ำเสมอ	43 (87.8)	22 (71.0)	
ไม่สม่ำเสมอ	6 (12.2)	9 (29.0)	

ตารางที่ 4 แสดงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

ปัจจัยที่ศึกษา	Crude Odds ratio (95%CI)	Adjusted Odds ratio (95%CI) #	p-value LR-test
อายุของผู้ดูแล (ปี)			
18-30	1	-	
31-45	1.00 (0.07, 13.87)		
46-60	3.44 (0.35, 33.61)		
61-75	4.72 (0.50, 44.67)		
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย			
บิดา/มารดา	1	-	
พี่น้อง	0.21 (0.06, 0.76)		
สามี/ภรรยา	0.46 (0.12, 1.68)		
บุตร	0.41 (0.10, 1.66)		
หลาน	0.41 (0.03, 5.03)		
จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน (ชั่วโมง)			0.003*
< 4	1	1	
4-8	5.21 (1.35, 20.06)	8.55 (1.82, 40.20)	
9-12	20.83 (3.93, 110.33)	30.29 (4.84, 189.53)	
> 12	4.86 (1.15, 20.63)	6.71 (1.35, 33.44)	
ภาวะสุขภาพด้านจิตใจของผู้ดูแล			
ไม่ดี	1	-	
ดี	0.46 (0.18, 1.14)		
เพศของผู้ป่วยจิตเภท			
หญิง	1	-	
ชาย	0.47 (0.19, 1.19)		
อายุของผู้ป่วยจิตเภท (ปี)			
≤30	1	-	
31-45	0.56 (0.08, 3.80)		
46-60	0.24 (0.04, 1.50)		
≥61	0.19 (0.03, 1.40)		
ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท			0.016*
สม่ำเสมอ	1	1	
ไม่สม่ำเสมอ	2.93 (0.92, 9.29)	5.74 (1.27, 25.83)	

# คัดเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (stepwise selection) Pseudo R<sup>2</sup> = 0.2169

LR = likelihood ratio

## วิจารณ์

การศึกษานี้พบความชุกของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 38.8 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ จำนวนชั่วโมงในการดูแลต่อวัน และประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทสามารถร่วมกันอธิบายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 21.69 วิจารณ์ผลการศึกษาได้ดังนี้

ความชุกของความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 38.8 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาเรื่องความชุกของภาระของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดย Sangsirilak<sup>6</sup> ที่ศึกษาในจังหวัดสุรินทร์พบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 54.6 และการศึกษาเรื่องความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดย Pitanupong และ Rueangwiriyanan<sup>7</sup> ที่ศึกษาในจังหวัดสงขลาพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระร้อยละ 26.8 ทั้งนี้อาจเกิดจากในการศึกษาที่ผ่านมา<sup>7</sup> ส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภตน้อยกว่าในการศึกษานี้ จึงทำให้การศึกษานี้มีความชุกของผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระมากกว่า และอาจจะเป็นผลจากความแตกต่างของลักษณะประชากรกลุ่มตัวอย่างจึงทำให้พบความชุกต่างกัน<sup>18</sup>

ปัจจัยด้านชั่วโมงในการดูแลต่อวัน สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ<sup>9-11</sup> แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย<sup>7</sup> อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษานี้มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ดูแลแต่ละวันที่มากกว่าการศึกษาก่อนหน้าโดยพบว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วย 4-8 ชั่วโมงมีความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทประมาณ 8 เท่าของผู้ดูแลที่ดูแลน้อยกว่า 4 ชั่วโมง ซึ่งการศึกษาก่อนหน้าที่ศึกษาเฉพาะผู้ดูแลที่มีจำนวนชั่วโมงในการดูแลน้อยกว่า 4 ชั่วโมงเท่านั้น จึงอาจเป็นเหตุผลที่ปัจจัยด้านชั่วโมงในการดูแล

ต่อวันของการศึกษาก่อนหน้าไม่สอดคล้องกับการศึกษานี้

ปัจจัยด้านประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทยังไม่มีการศึกษาปัจจัยนี้ แต่อาจจะเชื่อมโยงได้กับปัจจัยความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท (global adaptive functioning: GAF) ได้ เนื่องจาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้ยาสม่ำเสมอในระยะกำเริบจะให้ผลการรักษาที่ดี<sup>4</sup> ระดับความสามารถโดยรวมจึงควรจะดีขึ้นไปในทางเดียวกัน ดังนั้นปัจจัยด้านประวัติการใช้ยาจึงสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย<sup>6</sup> ซึ่งพบว่า ความสามารถโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ<sup>10,11</sup>

สำหรับปัจจัยด้านข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่า มีปัจจัยหลายประการ เช่น อายุ โรคประจำตัว รายได้ ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า<sup>8-11</sup> เช่น ปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจเนื่องจากอายุที่มากขึ้นทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการรับมือกับปัญหามากขึ้น เข้าใจเกี่ยวกับโรคได้มากขึ้น จึงไม่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านรายได้ อาจเนื่องมาจากการศึกษานี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 71.3 จะมีรายได้ที่น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน แต่ผู้ดูแลร้อยละ 56.3 รู้สึกว่ารายได้มีความพอเพียงแล้ว อีกทั้งมีผู้ดูแลเพียงร้อยละ 25 ที่เป็นผู้หารายได้เพียงคนเดียว ดังนั้นปัจจัยเรื่องรายได้จึงอาจจะไม่ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรงนัก

ปัจจัยด้านระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาจจะมีผลทำให้การทำความเข้าใจโรคดีขึ้น แต่ในการศึกษานี้ผู้ดูแลร้อยละ 56.3 มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 10 ปี จึงอาจส่งผลให้ผู้ดูแลได้เรียนรู้การ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากประสบการณ์ตรงแล้ว จึงไม่ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

**จุดแข็งของการศึกษา** มีการใช้แบบวัดมาตรฐานหลายชุดเพื่อเก็บข้อมูล สามารถแปลผลตามที่ได้มีค่ามาตรฐานจากการศึกษาเดิมไว้ และเป็นการศึกษาในบริบทเขตเมือง ทำให้สามารถนำไปต่อยอดเพื่อพัฒนาการดูแลผู้ดูแลที่อาศัยในเขตเมืองได้

**ข้อจำกัดของการศึกษา** ขนาดกลุ่มตัวอย่างค่อนข้างจำกัด รวบรวมจากพื้นที่เดียว ยังขาดปัจจัยที่สำคัญในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายปัจจัยเช่นระดับความรุนแรงของโรค อาการของโรคและผลการรักษาไม่สามารถบอกความเป็นเหตุและผลได้ เช่นประวัติการใช้ยาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นต้น

**การนำไปใช้ในเวชปฏิบัติ** สามารถนำไปใช้คัดกรองผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสี่ยงในการเกิดความรู้สึกเป็นภาระเพื่อเฝ้าระวังความรู้สึกเป็นภาระที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ดูแล ทั้งยังเป็นข้อคำนึงถึงในเวชปฏิบัติว่าควรมีการประเมินความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงดังกล่าวอีกทั้งเพื่อเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และครอบครัวอย่างเป็นองค์รวมในทุกมิติสุขภาพ

**ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม** ควรมีการศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆ เพิ่มเติมเพื่อใช้อธิบายความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการศึกษาเชิงคุณภาพในมุมมองการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในผู้ดูแลหลัก ผู้ดูแลรอง และสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว เพื่อนำไปสู่การพัฒนา รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มีประสิทธิภาพต่อไป

## สรุป

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยปัจจัยด้านผู้ดูแลคือ จำนวน

ชั่วโมงในการดูแลต่อวัน และปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภทคือประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่มีความรู้สึกเป็นภาระในขณะที่ผู้ดูแลที่มีความรู้สึกเป็นภาระส่วนใหญ่มีความรู้สึกเป็นภาระในระดับน้อย

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับคำปรึกษาจากอาจารย์กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาสารคาม รศ.ดร.กัญญาลักษณ์ ณ รังสี และ อ.ดร.ภก.สุภาพ เตชะมหายนัรัตน์ ที่ให้คำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ทางสถิติ อ.ดร.ภก.วสุ ศุภรัตน์สิทธิ ที่ให้คำปรึกษาในภาพรวมงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย และทีมพยาบาลวิชาชีพศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 วัดป่าสาละวัน รพสต.บ้านยางใหญ่ รพ.สต.กระฉอด รพ.สต.ขนาย รพสต.หนองปลิง รพสต.โพธิ์กลางในการเก็บรวบรวมข้อมูล

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. schizophrenia [Internet]. 2020 [updated 2019 Oct 4; cited 2020 May 31]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
2. Department of mental health.[Internet]. 2015 [updated 2018 May 24; cited 2020 May 31]. Available from: <http://www.prdmh.com>
3. Kwansanit P, Srisurapanont M. The parameters for calculating the burden of schizophrenia in Thailand. Journal of Mental Health of Thailand 2018; 26(1): 50-61.

4. Lortrakul M. Ramathibodi Essential Psychiatry. 4<sup>th</sup> ed. Bangkok: Department of psychiatry Faculty of medicine Ramathibodi hospital; 2015.
5. Durgoji S, Muliya K, Jayarajan D, Chaturvedi S. Quality of life in schizophrenia: what is important for persons with schizophrenia in India?. Indian J Psychol Med 2019; 41(5): 420-7.
6. Sangsirilak S. Burden Among Caregivers of Schizophrenia Patient. Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals 2016; 31(3): 139-48.
7. Pitanupong J and Rueangwiriyanan C. Caregiver burdens in patients with schizophrenia and related factors. Journal of Mental Health of Thailand 2019; 27(2): 95-106.
8. Hsiao C, Tsai Y. Factors of caregiver burden and family functioning among Taiwanese family caregiver living with schizophrenia. Journal of Clinical Nursing 2014; 24(11-12): 1546-56.
9. Yazici E, Karabulut U, Yildiz M, Baskan Tekes S, Inan E, Cakir U, et al. Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. Noro Psikiyatrs Ars 2016; 53(2): 96-101.
10. Hegde A, Chakrabarti S, Grover S. Caregiver distress in schizophrenia and mood disorder: the role of illness related stressors and caregiver-related factor. Nord J Psychiatry 2019; 73(1): 64-72.
11. Hajebi A, Naserbakht M, Minoletti A. Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. Med J Islam Repub Iran 2019; 33: 54-60.
12. Health Education Division Ministry of Public Health. ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults. Bangkok: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand; 2013.
13. Tongmon C. Selected factors related to family caregiver participation in caring for older persons with chronic renal failure [dissertation]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2006.
14. Mingkwan P. Stress and coping in the elderly stroke patients [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University. 1999.
15. Nuntapong S. Social support of caregivers of schizophrenic patients [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University. 1999.
16. Manosri M. Spiritual well-being among caregivers of person with schizophrenia [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University. 2004.
17. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. Journal of Nursing and Education 2011; 4(1): 62-75.
18. Talwar P, Matheiken ST. Caregivers in schizophrenia: A cross Cultural Perspective. Indian J Psychol Med 2010; 32(1): 29-33.